

REVISIÓN TEÓRICA Y PROFUNDIZACIÓN SOBRE EL SUICIDIO.

ELIZABETH ERAZO CAPERA

YICELA KATERINE GONZÁLEZ CHACÓN

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ D.C - 2016

REVISIÓN TEÓRICA Y PROFUNDIZACIÓN SOBRE EL SUICIDIO.

ELIZABETH ERAZO CAPERA

YICELA KATERINE GONZÁLEZ CHACÓN

Línea de Investigación: desarrollos psicosociales y educativos

Asesor: JOHN ALEXANDER CASTRO MUÑOZ

Psicólogo

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ D.C - 2016

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	Página 1
Justificación.....	Página 7
Planteamiento del Problema.....	Página 8
Objetivo General.....	Página 9
Objetivo Específico.....	Página 9
MARCO TEÓRICO.....	Página 10
Revisión Documental del Concepto.....	Página 10
Revisión Histórica.....	Página 13
Revisión de las variaciones a nivel de creencias en la Historia.....	Página 16
REVISIÓN DE DEFINICIONES DESDE LAS DIFERENTES POSTURAS Y ENFOQUES EN PSICOLOGÍA Y OTRAS DISCIPLINAS A FIN.....	Página 20
Postura Psiquiátrica, Médica y Biológica.....	Página 20
Postura Psicoanalítica.....	Página 27
Postura Cognitiva.....	Página 29
Postura Neurológica o Neuropsicológica.....	Página 33
Postura Sistémico.....	Página 34
FACTORES ASOCIADOS AL SUICIDIO.....	Página 35
Factores Asociados al Suicidio durante la Niñez.....	Página 36
MARCO METODOLÓGICO.....	Página 42
Diseño de Investigación	Página 42
Procedimiento.....	Página 43
Descripción de Autores.....	Página 48
Proceso de Análisis de las Entrevistas.....	Página 70
Resultados	Página 71
Conclusión.....	Página 86
Vacíos y Recomendaciones.....	Página 87

TABLA DE TABLAS

Tabla No. 1. Descripción de los Autores de acuerdo a los seudónimos asignados.....	Página 48
Tabla No. 2. La aproximación a la verdad.....	Página 51
Tabla No. 3. Matriz de respuestas, conclusiones, contradicciones y coherencias de las entrevistas a expertos.....	Página 52

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo principal conocer y clarificar el significado del suicidio a partir de un ejercicio de profundización conceptual y de una aproximación cualitativa a través de entrevistas a expertos. Para el desarrollo, fue necesario utilizar el método de investigación cualitativa, entre las que se destacan, el análisis del discurso, la teoría fundada, la etnografía y la Investigación acción participante IAP, en la recolección de información, se identificaron 6 categorías que hacían referencia a los enfoques y disciplinas más representativas que han abordado esta problemática (Histórico, Religioso Médico, Psicosocial, Psicoanalítico, Neuropsicológico), basados en esto, se realizaron las entrevistas a expertos especializados, que desde su experiencia aclararían los vacíos teóricos encontrados. De acuerdo con la información recolectada y el análisis de cada categoría, se obtuvo como conclusión que el concepto suicidio al ser abordado en diferentes enfoques es explicado en todos los enfoques de una manera unideterminista buscando explicaciones causale, ignorando en muchos casos una lógica bidireccional.

Palabras Clave: Categorías, Cualitativo, Enfoques, Entrevistas, Suicidio.

ABSTRACT

This investigation takes as a main target to know and to clarify the meaning of the suicide from an exercise of conceptual deepening and of a qualitative approach across interviews to experts. For the development, it was necessary to use the method of qualitative investigation, between that they stand out, the analysis of the speech, the founded theory, the ethnography and the Investigation taking part action IAP, in the information compilation, there were identified 6 categories that were referring to the approaches and disciplines more representative that have tackled this problems (Historical, Religious Medical, Psychosocial, Psychoanalytic, Neuropsicológico), based on this, the interviews were realized to specializing experts, who from its experience would clarify the opposing theoretical gaps. In accordance with the gathered information and the analysis of every category, it was obtained like conclusion that the concept suicide, on having been tackled in different approaches, is explained in all the approaches of a way that unideterminista looking for explanations cause him, ignoring in many cases a bidirectional logic.

Key words: Categories, Qualitative, Approaches, Interviews, Suicide.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es considerado una problemática sobresaliente a nivel mundial, debido a la alta proporción de individuos que presentan esta conducta que es acompañada de unas características y rasgos de personalidad que representan un riesgo para la vida de las personas. Desde la psicología, se encuentran varios enfoques que cuentan con diversas definiciones y teorías, también ha sido un tema de interés y trayectoria desde el inicio de los tiempos, como lo referencia la bibliografía; adicional a esto, se encuentran diferentes culturas que, junto con las personas que la conforman, lo han adoptado, en este caso algunas veces ha sido un acto rechazado y otras y veces ha sido aceptado según el contexto en el que se encuentre; finalmente, se encuentra lo que es hoy este concepto y el impacto cultural que tiene para poblaciones específicas en las que se presenta frecuentemente.

Teniendo en cuenta lo anterior, surge el interés de abordar el suicidio en esta investigación, ya que a pesar de que hay una variedad de definiciones e investigaciones que hablan acerca del tema, cuando se trata de los enfoques psicológicos, cultural e histórico, entre otros, son encontrados vacíos y contradicciones que es necesario clarificar. Es así como se definió el objetivo de clarificar el concepto “suicidio”. Para realizar el abordaje de la profundización del concepto, se tomó como referencia la trayectoria que ha tenido, pasando por las diferentes creencias, teorías, posturas psicológicas, científicas, entre otras.

Dentro de la información encontrada, que contribuye con la elaboración del concepto y que facilite a los investigadores el poder entender por qué se presenta el suicidio, es importante mencionar los factores que pueden ser un detonante para la persona; así mismo, este documento se construye a partir de investigaciones que se han llevado a cabo a lo largo de los años, además, de incluir un acercamiento directo al análisis de la problemática a través de un abordaje a expertos especializados en diferentes enfoques desde el punto de vista del área Psicológica y otras disciplinas.

Algunas definiciones representativas del suicidio encontradas en la literatura, cronológicamente, hacen referencia a, Baechler, en el año 1979 afirmó que el suicidio es un comportamiento que culmina en un acto, lo define como cualquier conducta que busca y encuentra una solución a un problema existencial mediante un acto que atenta contra la vida del sujeto, lo que quiere decir que el suicidio es un proceso que se lleva a cabo a través de un plan o una ideación, tiene una intencionalidad que culmina con la muerte del sujeto.

En segundo lugar se encuentra a la “World Health Organization” y su interés por prevenir el suicidio, En el año 2003 (WHO) declaró al suicidio como una problemática de salud pública, además de que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en compañía con la Asociación Internacional de Prevención del Suicidio, declaran que el día 10 de Septiembre es “El día mundial de la prevención del suicidio”

Por último está Brown (1642), citado por, Forero (2006), relaciona al suicidio con el homicidio, debido a la etimología latina para esta palabra (sui, de sí mismo y caedere, matar), en donde afirma que se presenta una diferencia entre el homicidio de uno mismo y el asesinato de otros, ya que la persona que se quita la vida es víctima de un homicidio, y cuando se asesina se puede presentar tres supuestos; por ejemplo “cuando se realiza a traición o cuando se sabe que la víctima no podrá defenderse, aumentando deliberadamente el sufrimiento de la víctima o cuando se comete el crimen a cambio de una retribución económica” Lopez (2013)

Para conocer más de cerca las estadísticas que informan el crecimiento acelerado del suicidio, la revisión e ilustración de las transformaciones que ha tenido este fenómeno y demás aspectos importantes; se encontraron las siguientes cifras que dan un acercamiento al panorama general, en los últimos 50 años y hasta el 2015, el suicidio aumentó un 60%, lo que ha originado varias investigaciones con el propósito de encontrar cuales son las principales causas internas y externas para que se dé este hecho.

En el año 1990, murieron por suicidio aproximadamente 818.000 personas; en donde 267.000 se encontraron en edades comprendidas entre los 15 - 29 años de edad, lo que significa, que la población tendiente al suicidio se encuentra entre los adolescentes y los adultos jóvenes; además, en 2012 un millón de personas mueren por suicidio todos los años, lo que corresponde a una muerte cada cuarenta segundos (Ceballos, 2012).

De acuerdo al informe de Guibert (2003) En los países más desarrollados murieron por suicidio 189.500 personas, la mitad de ellas (94.750) en edades de 30 a 44 años. En el tercer mundo, murieron aproximadamente 106.500 personas, la mayoría en edades de 15 a 29 años, de acuerdo a lo anterior, se deduce que el suicidio afecta en primer lugar a personas en edades más tempranas y a los países en vía de desarrollo, lo que refleja que es una grave problemática social. La mayoría de las personas que se suicidan en el mundo son hombres, y esta problemática ocurre en todas las culturas del oriente y occidente.

La única cultura donde en los últimos años el suicidio de las mujeres ha aumentado considerablemente es en China, las edades en las que comúnmente se presenta el suicidio está

entre los 15 y los 34 años. En el año 2006 la OMS publicó un estudio en el que informó que se presentaron 1.5 millones de mujeres que intentaron suicidarse, de estas, 150 mil cumplían su objetivo. (BBC News, 2006), en el año 2012, la OMS informó que China ocupó el segundo lugar por número aproximado de suicidios, reportando cifras similares a las del 2006 para las mujeres lo que representa un 75% más que la tasa de suicidio en los hombres. (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Existen varias condiciones de componente cultural por las cuales se presenta el suicidio, estas se describen a continuación. Para empezar, el sometimiento de la mujer. Por tradición las mujeres de China no tienen plena libertad para decidir sobre su vida, por ejemplo, en las zonas rurales muchos matrimonios suelen pactarse por conveniencia entre familias y no se tiene en cuenta la opinión de la mujer, en estas familias se presenta maltrato, por parte del esposo y de la nueva familia, el divorcio no es una opción ya que se hacen dependientes económicamente de ellos. Las causas más conocidas que llevan al suicidio se debe en un 63% a la depresión y la esquizofrenia, enfermedades que son consideradas una vergüenza para la sociedad. (González, 2012)

Así mismo, China es uno de los países en donde las mujeres tienen pocas oportunidades a diferencia de los hombres por lo que resulta pertinente afirmar que entre los factores que han incidido se encuentren factores asociados a problemas por falta de equidad de género. Por ejemplo en cuanto a la obtención de mejores empleos son los hombres quienes tienen las mayores posibilidades económicas y las pocas posibilidades que tienen para las mujeres en la realización de estudios profesionales (no porque no lo permitan sino más bien por condiciones de dinero) y demás. También el alfabetismo: en donde por la dificultad de destacarse dentro de la sociedad, tienen la cultura de enfocarse a su familia e hijo, sin permitirse tener nuevas oportunidades, es por esto que la educación pasa a un segundo plano; adicional a esto, la baja autoestima: Teniendo en cuenta la clara preferencia por parte de la sociedad hacia los hombres, las mujeres tienden a ser sometidas y menospreciadas, lo que genera en ellas una inseguridad, e incluso discriminación entre ellas. (Gutiérrez, 2004)

Por otro lado, hay un aspecto al que actualmente no le han dado solución en China, la conocida política del hijo único, que culturalmente está ligada a la preferencia por tener hijo varón, lleva a la mujer a someterse a gran presión social, pues en muchos casos cuando se reporta un segundo embarazo, no cuentan con los recursos necesarios para pagar al estado, adicional a esto cuando conocen que van a dar a luz una niña son perseguidas, maltratadas y abusadas hasta que son sometidas a abortos selectivos o forzadas. Es importante tener en cuenta que las cifras

presentadas no son desproporcionadas si se tiene en cuenta la población de china con relación a la población mundial. (Gomá, 2010)

Finalmente se encuentra que las condiciones que viven no solo a las mujeres sino también a hombres tales como el acelerado desarrollo del país. China es uno de los países más poblados del mundo, lo cual ha traído cambios radicales a la cultura misma de esta población, lo que tiene una relación directa con el suicidio ya que, muchos de los jóvenes o personas no son preparados idóneamente para afrontar la realidad de este cambio; tales como las exigencias a la hora de contar con un trabajo estable, la restricción de la tenencia de más de un hijo, y demás problemáticas que se pueden destacar; pues no se tienen bases de la vida definidos que permiten afrontar estas circunstancias y es por esto que posiblemente optan por la idea de suicidarse. también, la migración del campo a la ciudad. Los jóvenes se ven obligados a buscar mejores oportunidades, lo que conlleva un cambio de costumbres, alimentación y condiciones arraigadas al campo, razón que puede aumentar los niveles de estrés de estas personas y como salida rápida se suicidan. (Gutiérrez, 2004)

Además, a nivel mundial en estudios, las estadísticas han demostrado que independiente de las razones por las que se decida suicidarse, los hombres se suicidan cuatro veces más que las mujeres, por el contrario, las mujeres presentan 4 veces más intentos de suicidio que los hombres, lo que quiere decir que los hombres buscan métodos más efectivos para conseguir suicidarse. (Pontón y Santillán, 2008).

De otro lado, de acuerdo a la World Health Organization – WHO en el 2013 la ingesta de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más frecuentemente utilizados para llevar a cabo el suicidio a nivel mundial, sin embargo, no se deja de lado otros métodos como el lanzarse al vacío o autolesionándose (armas blancas) pero esto varía según el grupo de población en que se está llevando a cabo el estudio. Según el informe de la OMS sobre prevención de suicidio (2012) los hombres suelen hacer uso de métodos activos (armas de fuego o ahorcamiento) por lo que es más probable que se suiciden. Las mujeres por el contrario emplean métodos pasivos (envenenamiento), lo cual hace que no sean tan efectivos y se conviertan en intentos de suicidio.

En Colombia, entre el 2004 y el 2014, por año se dan en promedio entre 1.700 y 1.900 casos de suicidio. El acto de suicidarse lo realizan aproximadamente un millón de personas en el planeta. (El Espectador, 2015). Según los resultados entregados por el Instituto Nacional de Medicina Legal en relación con las causas de muerte en el país, para el año 2013, el suicidio fue

la cuarta causa de muerte violenta en el país con 1.685 casos, después se encuentra del homicidio con 13.683 casos, luego se encuentran los accidentes de tránsito con 5.840 casos y finalmente se encuentran los accidentes de otro tipo con 2.502 casos.

En cuanto a la edad en la que se encuentran más casos de suicidio, la mayoría de los que acabaron con sus vidas tenían entre 20 y 30 años y de los cuales 8 de cada 10 eran hombres. El grupo de edad más afectado es el de 20 a 29 años, con 464 casos (el 27,5% del total). En el 2014 también se quitaron la vida 223 personas entre 60 y 79 años (13,2 %) y 166 menores de edad (9,8 %), entre los 5 y los 17 años. Por regiones, el Amazonas tiene un porcentaje de 6.7%, el Meta 6.2%, Quindío 5.9%, Putumayo 5.9% y Antioquia 6.7%. (Serrano, 2014)

Los departamentos en Colombia que registran un alto índice de suicidio durante las investigaciones realizadas por El Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia (CRNV) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVELCE) fueron Antioquia (3299), Bogotá (236), Valle del Cauca (158), Cundinamarca (116) y Santander (86); además de evidenciar que Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla e Ibagué son las capitales en donde se presentan mayores casos de suicidio en el país. Por otro lado, encuentran que las personas que más tienden a suicidarse cuentan con una escolaridad hasta básico secundaria, en cuanto al estado emocional el 48.08% eran solteros y las principales causas por las cuales los Colombianos se suicidan son debido a los celos, la desconfianza y la infidelidad. Por último, el hogar sigue siendo el lugar en donde se conlleva dicho acto, sobre todo los días domingos y los lunes y los meses de enero y julio. Comportamiento del Suicidio, Colombia (2013).

Teniendo en cuenta el contexto internacional, la cifra total de suicidios en 2012 fue superior a los 800.000 personas. Hay once países con más de 10.000 casos de suicidio, de los cuales el que registra más casos es India con un 35,5%, por cada 100.000 habitantes (Kapur y Mullen, 2014), seguido de China con 8,7% casos por cada 100.000 habitantes y Estados Unidos con 2% por cada 100.000 habitantes. Por debajo de ellos se encuentran Rusia con 1.5% por cada 100.000 habitantes y Japón con un 1.3% por cada 100.000 habitantes (Nippon, 2014). En Japón se presentan registros altos de suicidio en estudiantes entre los 10 y los 19 años, especialmente cuando se está iniciando el semestre académico, se cree que la razón por la que estos adolescentes toman esta decisión es porque son víctimas de Bullying. “Según las estadísticas, entre 1972 y 2013, de los 18.048 niños que se suicidaron, 92 lo hicieron el 31 de agosto; 131, el primero de

septiembre, y 94, el segundo del mismo mes, una cifra que refleja los fuertes niveles de impacto del matoneo”.(El tiempo, 2015)

Para concluir este apartado, se infiere que el suicidio es una problemática a nivel mundial, sus cifras han aumentado considerablemente al pasar los años y aún así no hay una causa definitiva para determinar por qué sucede, pues las causas radican de acuerdo a la cultura, contexto o en otros casos la edad. La World Health Organization en el 2013 en la 66° asamblea, adoptó estrategias concretas para la prevención del suicidio, el cual propone específicamente reducir el 10% de la tasa de suicidiología para el año 2020 en los diferentes países (Plan de acción sobre salud mental 2013-2014. 2013).

Después de identificar estadísticas reales frente a esta problemática, lo que se busca con esta investigación es ahondar en sus antecedentes, además de cuáles han sido las transformaciones a lo largo del tiempo, como es asumido desde los diferentes enfoques psicológicos y científicos, cuales son sus principales factores en las diferentes etapas y demás aspectos.

El suicidio es una realidad que se considera trágica y que para la sociedad es vista como un tabú, actualmente este fenómeno se presenta en todas las edades como consecuencia de un conjunto de factores de riesgo a los que está expuesta una persona. La importancia de este tema se debe a que es una problemática de salud pública, tanto que el suicidio es considerado una de las causas más frecuentes de muerte, según la Organización Mundial de la Salud. Mansilla, (2010a) en su investigación, suicidio y prevención afirma que: “se producen más muertes por suicidio que por accidente de tráfico, y la cifra de suicidas sigue un ritmo ascendente” (Pág. 1)

Si bien el Suicidio es tan relevante, las definiciones encontradas en las investigaciones no hacen una profundización de las miradas científicas o desde diferentes enfoques, su definición se centra en el acto que involucra dañarse a sí mismo y terminar con la vida de manera voluntaria; quien atenta contra su vida tiene en primera instancia pensamientos suicidas, es decir planes, deseos o fantasías repetitivas de la finalización de la propia vida, incluyendo además las formas deseadas de morir, los objetos a utilizar, el lugar y tiempo determinado. Para Ibarra, Siu, Hernández y Muñoz, (2009)

Si el suicidio es investigado a profundidad desde su base teórica y teniendo en cuenta la trayectoria que ha tenido, será más factible basar los esfuerzos para prevenirlo en la etiología (Estudio sobre las causas), epidemiología (incidencia de casos), factores de riesgo, y sobre todo la opinión y construcción teórica que tiene cada enfoque.

En cuanto a la prevención, existen dos maneras de abordarlo según como sea planteado, es importante tener en cuenta que es un fenómeno multicausal. Primero se debe elegir el modelo más apropiado para intervenir. Masilla, menciona que la intervención tiene que ser diseñada a partir de un trabajo interdisciplinar, entendiéndose esta como que la problemática no es solo responsabilidad exclusiva de las instituciones mentales, sino es también responsabilidad del la red de apoyo que rodea la persona, todos deberían conocer el proceso para que con ello en el acompañamiento se haga un aporte significativo. La segunda alternativa está enfocada a la intervención individual, esta es centrada en la emisión de un diagnóstico, diseño individual de un tratamiento y seguimiento del trastorno mental (esquizofrenia, alteraciones del estado de ánimo, depresión, drogadicción, entre otros. Mansilla, (2012b).

Teniendo en cuenta lo anterior, surge la necesidad de investigar este tema desde diferentes enfoques teóricos, con el fin de encontrar aspectos en común, contradicciones y los vacíos teóricos que serán expuestos por los expertos en cada campo, esta contribución teórica aportaría a la construcción interdisciplinar para prevenir el suicidio.

Planteamiento del problema

El suicidio es una problemática que se presenta no solo en la adolescencia, desafortunadamente cada vez es más frecuente en todas las edades y en nuestro país las estadísticas siguen creciendo, así como en otros países del mundo. Durante cualquier etapa de la vida una persona puede enfrentar situaciones o dificultades que pueden ser la causa de una tentativa de suicidio. Desde el punto de vista de la salud pública, el suicidio es la causa principal de muerte en el mundo, este tipo de muerte es la tercera en los adolescentes y la séptima causa en los adultos. (Pinzón, 2008).

Según el informe de Medicina Legal presentado en el año 2015, informa que en Colombia se presentaron 1.878 casos por suicidio, este número de casos anuales ha sido el promedio nacional en los últimos 9 años, pues la cifra se encuentra entre los 1.833 y 18.336 registro en el sistema médico legal. (Ministerio de Salud, 2015). A nivel nacional, la tendencia de suicidios se presenta comúnmente en Antioquia (3299), Bogotá (236), Valle del Cauca (158), Cundinamarca (116) y Santander (86); además de evidenciar que Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla e Ibagué son las capitales en donde se presentan mayores casos de suicidio en el país. En el centro del país los casos tienden a disminuir y especialmente en hombres - por cada 11 hombres se suicida 1 mujer. El riesgo de suicidio se presenta entre los 20 y 29 años, de estos casos el 79% fueron hombres. Otros datos acerca del suicidio informan que, los solteros son las personas que más se quitan la vida en Colombia, con el 48.28 % de los casos. Los meses en los que más suicidios se presentaron en 2013 fue enero con 190 casos, julio 164, marzo 162. Las causas de muerte más frecuente fue el ahorcamiento, seguido de la utilización de agentes tóxicos, el proyectil de arma de fuego y armas corto punzantes. (Sura EPS, 2013)

Es clara la tendencia y aproximación estadística que muestran los casos de suicidio, pero también existen casos en los que son reportados como tal, siendo esta una información errada de la realidad; para lo anterior se fundamenta este apartado de acuerdo a la criminólogo forense Claire Ferguson (2015) quien ha dedicado su vida en indagar aquellas muertes que aparentemente son suicidios y tras sus investigaciones ha descubierto que la causa real de la muerte es el homicidio, para esto se encuentra que tan solo el 2% de los casos resultan ser un suicidio, aunque según Ferguson informó que esta cifra puede llegar a ser muy subjetiva, debido a que esta información tiene varios entes comprometidos como lo son la policía, el CTI, los expertos forenses; quienes manipulan de alguna forma las escena. Adicional a esto Ferguson en su libro *“Crímenes Disfrazados de Suicidio”* acuña que “Los crímenes escenificados involucran a un delincuente que deliberadamente altera evidencias para simular eventos que despistan a los investigadores” de acuerdo a lo anterior, se puede inferir que como la escena del crimen es alterada muchos de los reportes de suicidio que se hacen quizá a diario pueden no ser reales, sin embargo,

como no existe o por lo menos en Colombia un ente que se fundamente es el estudio de estos casos, son reportados como suicidio, haciendo parte de este gran porcentaje que cada vez crece más y más; es por esto que la criminóloga no se encuentra de acuerdo con las estadísticas que presenta la literatura frente a los suicidios.

Las entidades gubernamentales se encuentran impulsando Políticas que promueven la disminución del suicidio a través de acciones encaminadas a “diagnóstico temprano, prevención de factores de riesgo, tratamiento completo y rehabilitación de las enfermedades mentales”. (El Heraldo, 2015). Adicional a esto, como las estadísticas de suicidio se han convertido en una problemática de salud pública, que si se requiere comprender para brindar ayuda a las personas afectadas, es de vital importancia comprender también cómo se comporta el suicidio conceptualmente, para esto se requiere hacer una profundización teórica con el objetivo de conocer y clarificar el concepto del suicidio.

Objetivo General

Conocer el significado del suicidio a partir de un ejercicio de profundización conceptual y de aproximación cualitativa a través de entrevistas a expertos.

Objetivos Específicos

Realizar una revisión documental de la definición del término, para conocer la historia, autores más representativos y enfoques en lo que se profundizará.

Identificar los aspectos generales del suicidio partiendo desde sus antecedentes históricos, cultura y creencias

Profundizar en los conceptos desde las diferentes disciplinas y enfoques científicos para definir los vacíos teóricos y verificarlos ahondando en los vacíos, a través de la consulta a expertos.

Elaborar y aplicar una entrevista semiestructurada a los expertos en los diferentes enfoques, con el fin de clarificar los vacíos conceptuales que surgieron en la revisión documental.

A continuación, se presenta un recuento de los antecedentes y la trayectoria relacionada con suicidio, con el fin de clarificar dicho concepto, adicionalmente, como no es suficiente abordarlo desde la historia se plasmarán y clarificará el concepto desde alguno de los enfoques más relevantes para la psicología y la sociedad; iniciando desde la Antigua Grecia hasta la época

actual.

Marco Teórico

Revisión documental del concepto

Las teorías sobre el suicidio han tenido amplia trayectoria en la investigación interdisciplinar, los psicólogos, psiquiatras, filósofos, entidades gubernamentales y religiosas lo han definido y explicado, de acuerdo a como se presenta en la bibliografía que será descrita a continuación.

En esta investigación, el principio es el proceso de revisión documental, así como el conocimiento y profundización del término suicidio, para lo cual se iniciará desde una revisión histórica, teniendo en cuenta las creencias (valga la redundancia) de la historia; así como también, el recuento desde las diferentes posturas y enfoques en psicología y otras disciplinas; iniciando con la postura psiquiátrica, médica y biológica; el psicoanálisis, postura psicosocial, la cognitiva y finalizando dicho abordaje con la postura neurológica o neuropsicológica; clave aclarar que en este mismo orden se presentan las entrevistas a los actores que contribuyeron en el desarrollo de dicha investigación, esto con el fin de llevar esta información hasta el presente.

Respecto a su inicio, este, según la literatura disponible, data aproximadamente del siglo XII. De otro lado, se expone el significado, con el objetivo de clarificar en qué consiste, desde diferentes perspectivas a nivel general y profundizando en los enfoques psicológicos en particular.

En el transcurso de la investigación histórica se ha encontrado que el suicidio ha sido influyente en diversas épocas, sociedades, culturas y religiones. Cuando se habla de la influencia del suicidio en diversas épocas y contextos, se hace referencia a que ha tenido varias interpretaciones a través de la historia, por ejemplo, los grupos filosóficos lo rechazaron y lo consideraron una ofensa, en Roma se consideró honorable, en la Edad Media también fue rechazado, después, en el Renacimiento se hablaba de que era un acto enfermizo. Para el siglo XVII, teniendo en cuenta la influencia de la literatura, el suicidio fue atribuido a las decepciones amorosas, durante el siglo XVIII, gran parte de la investigación hacía referencia a que el suicidio se producía por las enfermedades mentales, y al finalizar el siglo XIX se realizaron estudios científicos desde el punto de vista de la sociología y la medicina, donde se encontró una influencia social en el aumento de las conductas suicidas. (Baca, Blasco, Díaz y Vega, 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, al hacer el recorrido histórico del suicidio, se puede evidenciar que ha estado presente y cobra una importancia alta a la hora de conocer la concepción, evolución e interpretación que se le ha dado.

Adicional a esto, se realiza una búsqueda de definiciones desde las diferentes posturas y enfoques vistos a partir de la ciencia y la investigación, particularmente desde la psicología, desde lo que varios autores han aportado en la creación del significado mismo, sus factores, causas, clasificación e intervención.

El origen de la palabra suicidio data del siglo XII, según el diccionario etimológico, viene de dos términos del latín *suicidium*, formado de *sui* (de sí a sí) y *cidium* (acto de matar o quitarse la vida). Esto quiere decir, que es el acto de matarse a sí mismo, lo que es el resultado de un acto voluntario.

Según el diccionario de la lengua española, el suicidio es la “Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”, en la conjugación del verbo (suicidarse), hace referencia a quitarse la vida voluntariamente. Es decir que es un acto de sí mismo en el que la persona pierde la vida por voluntad propia.

Al abordar la definición del suicidio desde la perspectiva científica, se hace referencia al trabajo investigativo del sociólogo Emile Durkheim (1987), quien en su obra “Le suicide” afirma que es “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado” pág. 12, Lo anteriormente descrito, hace referencia a que sin importar el medio o acto utilizado, lo que define al suicidio es la muerte que ha sido planeada mediante la realización de uno o varios actos que conllevan a la muerte. Existen varios métodos para morir, ya sea de forma lenta o rápida el sujeto consigue el mismo resultado. Teniendo en cuenta lo anterior, el autor Ramos (2006), señala que es Durkheim (1987) quien a través de sus investigaciones hace un cambio paradigmático en donde el suicidio pasa de ser un fenómeno individual a ser considerado una problemática social. Puesto que, anteriormente se culpaba únicamente a la persona que llevaba a cabo el suicidio no se tenía considerado la influencia que podía llegar a tener la sociedad frente a este acontecimiento, en otras palabras, Durkheim veía el suicidio como un fenómeno individual, que responde a causas esencialmente sociales.

Durkheim afirma que el ser humano es un ser social, que contribuye positivo o negativamente a la sociedad estando en permanente interacción en dicho entorno, ya que este no

puede ser concebido como un ser solitario e independiente, puesto que, de una u otra forma necesita de la sociedad para el desarrollo de sus necesidades y la satisfacción del mismo.

Haciendo claridad frente al abordaje que tiene Durkheim respecto al suicidio, se puede considerar como el resultado de la diversidad social y cultural, la anterior afirmación de Durkheim es con base, en las tasas anuales de suicidio; y luego de hacer un análisis a la información encontrada, concluye que se presentan varias causas como las fuerzas sociales que varían según la sociedad, los grupos y/o las religiones a las que el ser humano se encuentra directamente relacionado; también describe 3 tipos de suicidio denominados como: egoísta, altruista, anómico.

Por último, se puede evidenciarse que el suicidio aumenta o disminuye dependiendo del contexto, cultura y religión a la que la persona se encuentra directamente relacionada, además de existir influencias orgánico-psicológicos y la naturaleza del medio físico; como por ejemplo en el momento en que el individuo crea de acuerdo a sus experiencias individuales con el medio ambiente sus propias construcciones y de acuerdo a estas construcciones se toma la opción de suicidarse o no. Durkheim (1858)

Al iniciar con una revisión histórica sobre el suicidio, el objetivo de la bibliografía que se presenta a continuación se profundiza en los acontecimientos y hechos del pasado que aportaron en los orígenes de lo que se consideró suicidio. Teniendo en cuenta que el suicidio es un fenómeno social, se encontró que ha sido tan antiguo como la existencia de la humanidad, a lo largo de la historia, las distintas culturas que poblaron el mundo calificaron el suicidio de una manera distinta, siendo motivo de polémica que en algunos casos fue aceptado y en otros rechazado. El suicidio tiene una mirada desde distintos ángulos con relación a los principios filosóficos, religiosos, intelectuales, sociales y económicos que rigen la humanidad, estas posturas también harán parte de la construcción del marco histórico de dicha investigación.

Es así como a través de la historia, las posturas frente al suicidio fueron diferentes según el momento histórico que se indague, esto debido a la propia influencia de la religión, filosofía, cultura y ciencia. Al iniciar la era moderna Freud mostró su punto de vista desde el psicoanálisis y Durkheim desarrolló un enfoque sociológico del suicidio.

Puesto que el suicidio es considerado una problemática socialmente relevante en la que no existe una definición o un consenso claro, se procede a realizar un ejercicio de profundización conceptual a través de la historia. El propósito de este apartado es presentar varias definiciones y clarificar el concepto del suicidio, a partir de este, se hará un abordaje desde diferentes

perspectivas, así como las posturas con las que se abordó y como llega a ser interés de la ciencia, específicamente desde la psicología.

Revisión histórica

Al abordar el contexto de la Antigua Grecia, el suicidio era considerado de forma ambivalente, lo que quiere decir, que tenía más de una interpretación, o interpretaciones opuestas. Por ejemplo, en algunas ocasiones el suicidio era considerado un acto heroico siempre y cuando el implicado fuera parte de las tropas de guerra; a diferencia de una situación en la cual una mujer fue infiel y tomó la decisión de suicidarse, allí el suicidio era un acto repudiado por la sociedad. Es así como el suicidio en algunos casos ha sido considerado bajo los adjetivos de indigno, de aquellas personas que se suicidaban en la antigua Grecia, consideraban como resultado de sus sistemas de creencias y concepciones asociadas, que no podían ser enterradas en los cementerios habituales, a menos que el estado así lo impusiera; también habían casos en que era elogiado e incluso aceptado; se obligaba a las persona a realizar este acto en circunstancias determinadas, tales como militares vencidos, evitar sanciones y mujeres deshonradas, las razones por las cuales se obligaba a cometer el acto suicida, se debía a obtener un castigo por cometer actos deshonrosos para la sociedad y este podría ser parte del aprendizaje para quienes quisieran imitar la misma conducta. Es por esto que se veía la necesidad de crear espacios donde se acostumbraba a llevar a cabo el suicidio públicamente. (López, Hinojal y Bobes, 1993).

El pensamiento filosófico aportó un gran cambio cultural frente al significado del suicidio, de tal forma que el vivir, ahora, gracias a éste pensamiento era considerado indeseable. Se entendía adicionalmente al suicidio como un estereotipo de ser un dogma, lo que quiere decir que era algo estipulado o atribuido a explicaciones de orden metafísico, como por ejemplo Dios, o Jesucristo en el caso de la religión católica, a los hombres y testificado por la iglesia (según el diccionario de la lengua española) en donde se afirma que el suicidio debe de ponerse en marcha cuando la vida resulta insoportable y penosa, (Diógenes, Menedemo, Metrocle citado por Tijeras, Pág. 56).

Por su parte, para Platón el suicidio era rechazado debido a que considera, que solamente los dioses deciden cuándo debería abandonar la vida, sin embargo, hace una excepción en el caso de que los dioses intervengan, pero, esta teoría trae varias contradicciones, ya que, no existe una manera de saber en qué momento la persona es llamada por los dioses.

En China, el suicidio ha sido llamado Martirio o Harakiri, este acto fue catalogado como una forma de morir heroica y era bien valorado socialmente. (Evans y Farberow, 1988); sin embargo, a lo largo del tiempo esta concepción ha tenido transformaciones, puesto que, según el Ministerio de Salud Chino, previo a investigaciones afirman que el 56% de la población que se suicida en este país hace referencia a la población femenina, además de ser uno de los pocos países en donde se registra un índice superior de suicidio en mujeres que en hombres. Esta problemática no solo es de China sino más bien de toda la población asiática, además de que nunca había sido tomada en cuenta si no hasta hace pocos años, en donde el gobierno crea el programa de “plan nacional para la prevención del suicidio” teniendo el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de expertos como Michael Phillips, quien es el director ejecutivo del centro para la investigación y prevención del suicidio (CIPS) de la capital de China (citado por Gutiérrez. 2004); mientras que en que Japón se llevaba a cabo mediante un acto ceremonial, motivado por expiación de una culpa o por derrota. (Muelas y Ochoa, 2007).

Por otro lado, para los Galileos, Celtas, Hispanos, Vikingos; el suicidio era razonable en algunos casos excepcionales como, por ejemplo, la vejez, la muerte de esposos, muerte del jefe, enfermedades graves o dolorosas. En las tribus africanas se rechazaba el suicidio, al considerar que reflejaba la ira de los antepasados y se asociaba a brujería. (Muelas y Ochoa, 2007).

Durante el renacimiento surgieron varias posturas filosóficas acerca del suicidio, ya que lo definían como una medida radical y justificada para evadir el dolor o el sufrimiento que llevaba consigo una persona Sarró y De Cruz (1991). Solamente en Europa a principios del siglo XX el suicidio fue definido por primera vez como una la conducta en la que el individuo se hacía daño como resultado de un trastorno mental, (Evans y Farberow, 1988).

Lucio Anneo Séneca (1968), consideraba el suicidio como una “Liberación final de los sufrimientos de este mundo” (pág. 264 - 265), pensamiento que se le atribuye a la filosofía que dicho autor profesaba. Puesto que, consideraba que la muerte no era un bien ni era un mal, afirmaba que el suicidio podría ser una liberación para el hombre que se encontraba en circunstancias de esclavitud, negado de la libertad, atribuyendo al hombre que esté tenía camino libre para dejar de vivir, Séneca llega a esta definición a raíz de sus propias vivencias, ya que en la época en la que escribe sus cartas fue sometido a la esclavitud, así que manifestó a todos sus lectores a través de ellas que cada quien era libre de continuar o no con su vida y poner fin al sufrimiento.

En Inglaterra en el siglo XI al suicida se le mutilaba y se le daba sepultura en el cruce de los caminos con una estaca atravesada en el corazón, practicándose dicho acontecimiento hasta el siglo XIV en que se abandonó dicha costumbre; en el siglo XIX se entierra a los suicidas sin funeral y fuera del cementerio consagrado. Solo después de entrados el siglo XIX se consideran los funerales, pero no siempre y sin ritos religiosos. (Rosen, 1971)

En Europa e Italia el suicidio era considerado un delito o no punible (que merece castigo, según el diccionario de la Real academia Española), pero sí constituía un delito de instigación (iniciar, provocar o inducir a alguien a que haga algo, según el diccionario de la Real academia Española); pero solo hasta finales del siglo XIX, con el renacimiento cultural, surgen figuras como Hume, Montesquieu, Beccaria, Montaigne o Voltaire; quienes en campos como la filosofía, literatura o el derecho comienzan a presentar justificaciones racionales a la autodeterminación hacia la muerte en condiciones de gran sufrimiento.

Finalmente, desde la psicología social se considera el suicidio como el desenlace de un proceso progresivo con trasfondo individual, social, simbólico y práctico, que conduce al individuo al intento o consumación del acto de darse muerte a sí mismo. Ballesteros, Gutierrez, Sánchez, Herrera, Gómez y Bouquet (2010)

Como conclusión se entiende que para algunas culturas era aceptado el suicidio por diferentes razones, pero para otras no, entendiendo esto como la gravedad que lo amerita; sin embargo, es necesario el acercamiento a un experto para clarificar las transformaciones en aquella época, debido a que esto no es claro en la literatura consultada para la realización de este apartado. Lo anterior con el fin de dar coherencia al objetivo que fue planteado al inicio de la investigación. Por último, y siendo coherentes con lo anteriormente expuesto, se presenta a continuación las variaciones que ha tenido el concepto del suicidio en las creencias más representativas de la época, además de evidenciar la concepción del suicidio para los personajes que fueron partícipes de algún hallazgo de dicha época, buscando siempre entender y clarificar las transformaciones y el concepto de lo que es y sigue siendo el suicidio.

Revisión de las variaciones a nivel de las creencias en la historia

Para San Agustín IV el suicidio era considerado como un pecado, debido a que este acto era el rechazo del dominio de Dios sobre la existencia, con la excepción de circunstancias muy graves, en donde Santo Tomás de Aquino confirma dicho pensamiento, además, en épocas contemporáneas dan cuerpo teórico a dicha posición. Citado por Cano.

Después de varios años, se encuentra el aporte de David Hume citado por Ávila (2012) quien afirma que “La vida humana depende de las leyes generales de la materia y el movimiento y que no implica ninguna transgresión de los planes de la providencia el modificar o alterar dichas leyes generales” Pág. 5, lo anterior se asemeja a que los seres humanos no tienen la potestad de decidir en qué momento interrumpir el rumbo normal de su vida, así veía Hume la vida de los seres humanos y el pensamiento que tenía acerca del suicidio.

Por otro lado, en la cultura cristiana para el año 452 se declaró que el suicidio estaba inspirado en el demonio e implementaron penas eclesiásticas como castigo al que lo practicara, era considerado homicida “asesinarse a uno mismo”, oponiéndose explícitamente al acto suicida. (Montalbán, 1998)

Es por esto que, desde la mirada teológica, es decir, desde los dioses; y desde la perspectiva de Ernest Best, (1986) el suicidio es un pecado, ya que lleva a la víctima a cometer un acto irresponsable contra sí mismo, puesto que este está tomando por sus propias manos la decisión de acabar no solo con su sufrimiento sino también con su alegría.

Es entonces donde para la religión católica, vale la pena resaltar uno de los escritos que dejó el Papa Juan Pablo II (citado por Antequera, 2011), frente a lo que se piensa del suicidio:

“El suicidio es siempre moralmente inaceptable, al igual que el homicidio. La tradición de la Iglesia siempre lo ha rechazado como decisión gravemente mala... ..el suicidio, bajo el punto de vista objetivo, es un acto gravemente inmoral, porque comporta el rechazo del amor a sí mismo y la renuncia a los deberes de justicia y de caridad para con el prójimo, para con las distintas comunidades de las que se forma parte y para la sociedad en general. En su realidad más profunda, constituye un rechazo de la soberanía absoluta de Dios sobre la vida y sobre la muerte...” (Pág. 7).

Teniendo en cuenta lo anterior se denota que, el acto suicida para esta comunidad es absolutamente rechazada; y como se expone anteriormente es la forma de reprimir el amor de Dios; también, se dice que esta actuación es el no cumplimiento del quinto mandamiento de Dios (“No matarás”) para la cual la Congregación para la Doctrina de la Fe aclara que la vida humana

ha de ser tenida como sagrada, pues desde sus inicios es fruta de la acción creadora de Dios, permaneciendo siempre en una especial relación con el Creador. En donde se aclara que sólo Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término; nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente o a sí mismo.

También para Santo Tomás de Aquino en la construcción de la segunda parte de la Suma Teológica, dedica una gran parte de dicho escrito a contestar la pregunta de si es lícito que una persona concluya con su vida por medio del suicidio; a lo que contesta por medio de tres razones su rechazo:

Primera, porque todo ser se ama naturalmente a sí mismo, y a esto se debe el que todo ser se conserve naturalmente en la existencia y resista, cuanto sea capaz, a lo que podría destruirse. Por tal motivo, el que alguien se dé muerte va contra la inclinación natural y contra la caridad por la que uno debe amarse a sí mismo; de ahí que el suicidarse sea siempre pecado mortal por ir contra la ley natural y contra la caridad. Segunda, porque cada persona, pertenece al todo; y un hombre cualquiera es parte de la comunidad, y, por tanto, todo lo que él es pertenece a la sociedad. Por eso el que se suicide hace injuria a la comunidad. Tercera, porque la vida es un don divino dado al hombre y sujeto a su divina potestad, que da la muerte y la vida. Y, por tanto, el que se priva a sí mismo de la vida peca contra Dios, pues sólo a Dios pertenece el juicio de la muerte y de la vida, Yo quitaré la vida y yo haré vivir. Pág. 64

A demás de esto, funda la ilicitud del suicidio en tres momentos, el primer momento; en donde la vida humana tiene un significado y un valor para los otros hombres y, por último, la ilicitud del suicidio se funda en el hecho de que el hombre no es el dueño de su vida, es por esto que no le corresponde a él decidir sobre su fin. Pellizzaro.

Con el fin de clarificar lo anteriormente expuesto se reitera que para la religión católica el acto suicida es de absoluto rechazo para la comunidad, debido a que como se expresa, es el rechazo por el amor de Dios creador de todo el mundo, es la negación de su existencia, es el rendirse a lo que Dios ha decidido enviar para la construcción de la vida misma; en donde por medio del suicidio se hace tributo al demonio, rindiéndose sobre sus pies y haciendo lo que este mal nos obliga.

En concordancia con lo anterior se cita a Santo Tomás de Aquino, el cual afirma que el suicidio se convierte en la deserción individual de las tareas que nos esperan, en los servicios que estamos llamados a prestar a los demás, en lo que fue decidido por Dios, entre otros; en donde está

de acuerdo con que el suicidio es un pecado gravísimo contra Dios, la sociedad y contra nosotros mismos. Pellizzaro.

Finalmente, la biblia afirma que quienes toman en consideración sus postulados, por ejemplo, cada cual es responsable de su vida delante del Dios que es quien se la ha dado. Lo que implica que “él” sigue siendo su Dueño soberano; en donde las personas están obligadas a recibir con gratitud la vida y a conservarla para su honor y para la salvación de sus almas; siendo estos los administradores de esta, pero no los propietarios de la vida que Dios les ha confiado, en otras palabras, los seres humanos no pueden ni deben disponer de esta. Alateia (2015).

Pero, por otro lado, para el caso de los no creyentes, específicamente los Ateos, (carecen de fe en Dios), Según Michael Martin en su libro *Introducción al ateísmo*, relaciona las tasas de suicidio en los países religiosos y los que no lo son. Según el informe de la (OMS), las tasas de suicidio son más elevadas en los países donde hay mayor presencia de personas ateas como Suiza, Ucrania, y Letonia. (pág. 77). Teniendo en cuenta que para los ateos no existe una culpabilidad por la bondad o maldad con la que se hace esta acción, el suicidio es simplemente el fin de la vida, nadie podrá juzgarlo o pedirle cuentas sobre ello, ya que es una decisión propia el vivir o morir, simplemente la vida se desvanece en la nada. (Verzele, 199).

Desde el punto de vista existencialista, García (2011, pág. 2), en su artículo toma una posición radical acerca del suicidio, ya que menciona que el suicidio siempre ha sido abordado desde la moral y la religión. “suicidarse no es ir contra Dios (como argumentarían los religiosos) ya que Dios nos ha condenado a todos a morir de antemano”, en otras palabras quiere decir que, decidir quitarse la vida es el acto más grande de libertad y autonomía que puede manifestar un ser humano, alguien que se suicida no odia su existencia o su vida, la valora tanto que tiene el derecho de decidir cuando quiere dejar de vivirla, si se viera el suicidio desde un punto de vista menos subjetivo se entendería que un suicida no quiere dejar de vivir lo que quiere realmente es dejar de sufrir.

En el budismo por su parte, el acto de suicidarse era considerado como el poner término a la vida como un gran sacrificio, era rechazado porque para ellos el tiempo en el que se habita en la tierra no podía ser modificado pues estaba atado a purgar los pecados de las vidas pasadas. Por el contrario, el hinduismo fue más tolerante al respecto, pues avalaron los rituales suicidas como forma de expiar los pecados cometidos y ganar honor para sus familiares. (Baca, Blasco, Díaz y Vega, 2002). En el brahmanismo, religión procedente de la india, los sabios en busca del Nirvana, se suicidaban constantemente durante los rituales religiosos, esto con el fin de encontrar un estado

de liberación del sufrimiento y todo es por consecuencia del karma (actos que determinan futuras consecuencias). (Timbe y Villa, 2014)

Por lo expuesto, se puede decir que el término y el acto suicida tiene una trayectoria a lo largo de la historia de la humanidad, que si bien en algunas culturas fue categorizado como heroico, de admirar o como sacrificio por los demás, para otras culturas siempre fue visto de forma negativa, en cuanto a las religiones ha sido considerado un pecado que condena, por el contrario, los no creyentes consideran que se tiene la libertad de decidir dejas de vivir, es una decisión propia que no tiene una consecuencia mayor y debería de dejar de ser juzgado por la sociedad o las creencias religiosas.

El suicidio es una problemática y una realidad, que como se vio en el apartado anterior está asociado al contexto histórico, social y cultural. En estos factores, las principales formas de verlo han sido como un acto heroico o sublime, un pecado por atentar en contra de sí mismo y actualmente es considerado un problema de salud pública en el que se trabaja arduamente para que sea prevenido. Por esta razón se realiza este ejercicio de profundización conceptual que es acompañado de evidencia cualitativa con el objetivo de clarificar sus conceptos a partir del abordaje desde diferentes perspectivas. A continuación, se realiza una revisión de definiciones desde las diferentes posturas en Psicología, iniciando por la postura psiquiátrica, médica y biológica.

Revisión de definiciones desde las diferentes posturas y enfoques en Psicología y otras disciplinas a fin.

A partir de las referencias expuestas en el marco histórico, filosófico y religioso en el que se abordó el suicidio, se pretende, abordar una mirada científica del concepto, con el fin de clarificarlo e identificar los vacíos que ha tenido, el propósito de este es Entrevistar a expertos que den su orientación desde su experiencia y conocimiento.

Postura psiquiátrica, médica y biológica

Para iniciar con la perspectiva científica de cómo ha sido abordado el suicidio, es importante señalar el enfoque psiquiátrico, médico y biológico, ya que las lesiones autoinfligidas (suicidio), son en gran medida atribuidas a enfermedades mentales como la depresión, trastornos bipolares (trastornos del estado de ánimo), neurosis o esquizofrenia, y también a las condiciones biológicas como factores hereditarios.

Los factores genéticos hacen referencia a los antecedentes familiares, estos factores son determinantes porque incrementan el riesgo de presentar conductas suicidas, la causa está relacionada a los bajos niveles de serotonina que en pacientes que se suicidan tienen una relación con la conducta pues ante situaciones conflictivas (estresores) tienen poco control de los impulsos, agresividad y tentativa de suicidio. En estudios donde participan gemelos y sus familias, el resultado es que la conducta y el comportamiento suicida tiene un elemento hereditario. La explicación a los factores hereditarios son los neurotransmisores y la bioquímica, pues se ha encontrado que el fluido espinal de las personas con conductas suicidas y que tienen depresión contiene bajas cantidades de ácido 5 hidroxindoleacético (5HIAA) el cual es producido cuando la serotonina afecta los estados de ánimo y las emociones, este se desintegra en el organismo. (Garduño. Gómez, Peña, 2011). Es importante tener en cuenta que los efectos genéticos y la conducta suicida no tienen bibliografía extensa, sin embargo, los factores asociados a la neurobiología serán abordados en esta investigación en desde el enfoque neuropsicológico.

Desde la perspectiva psiquiátrica, médica y biológica es más reconocido el trabajo interdisciplinar que se hace en las instituciones psiquiátricas. Allí el 90% de las personas que se suicidan padecen una enfermedad mental. Adicional a esto, los casos atendidos en relación con el suicidio hacen claridad en la diferencia de dos definiciones muy similares, en primer lugar, se encuentra el intento de suicidio, que por fallas en el método o procedimiento no se logra y por otro lado está la tentativa, en la que no hay una decisión clara de morir, es más bien un método

para pedir ayuda u obtener un beneficio. Para este enfoque el concepto más representativo es de Bobes, González y Sáiz (1997) quienes en su libro prevención de las conductas suicidas, definen el suicidio como el acto en el que el sujeto se causa a sí mismo una lesión sin importar la intención o el motivo, en otras palabras, es la forma de auto infringirse daño deliberadamente, teniendo la clara idea de producirse la muerte. De la Espriella, (1998).

Los factores clínicos y el suicidio están asociados a las enfermedades orgánicas, hay que considerar que padecer enfermedades terminales como el cáncer, VIH o Leucemia, hacen que las personas desarrollen patologías relacionadas con los estados de ánimo (depresión), también el contexto personal contribuye, pues hay otros factores como la pérdida de la movilidad, el dolor crónico, pérdida de la vida social que aumenta el riesgo de un intento o tentativa de suicidio. Para el 2010, el psiquiatra Carlos Alberto Miranda, ex presidente de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, afirma que “Hay dos índices altos en los suicidios: uno es en la adolescencia y el otro es ya en la adultez avanzada, más aún cuando hay una enfermedad terminal” (El espectador, 2010). En lo que se refiere a la incidencia (número de casos que se presentan) Versus la ideación suicida, las estadísticas en Colombia muestran que se presenta en mayor porcentaje un intento suicida, aproximadamente entre el 5% y 10% logran ejecutar el plan y morir, lo que significa que no es un porcentaje muy alto, la razón es que los pacientes con estas enfermedades están constantemente vigilados de los médicos o familiares y tienen escasos recursos para lograr morir rápidamente y sin dolor. (Díaz, Hurtado & Reyes, 2009)

Por otro lado, las enfermedades mentales también son relacionadas en mayor medida con el suicidio, algunas de ellas son: adicciones, depresión mayor, trastorno bipolar o de personalidad, trastornos alimenticios y esquizofrenia. El riesgo de suicidio en pacientes que se encuentran internados en instituciones psiquiátricas son: “(53% pacientes masculinos y 47% femeninos). La mayoría de los casos sufrían un trastorno afectivo (53%) y un trastorno esquizofreniforme (22%). El 96% de los pacientes que ingresaron debido a un intento de suicidio, no cometieron suicidio durante el tratamiento ni después de finalizado éste” (Baader, Ritcher & Mundt, 2004, Pág.2). Es de resaltar que la probabilidad de suicidio crece cuando se presentan más de una patología, así lo afirma Martín Nizama Valladolid en su artículo Suicidio, el trastorno depresivo mayor representa un incremento de 20 veces, con distimia, 12 veces; con trastorno bipolar, 15 veces más; y con esquizofrenia, 8.5 veces más. (Nizama, 2011).

Se han encontrado diferentes razones por las cuales las personas optan por el suicidio como la solución más rápida a diferentes problemas presentados en el diario vivir. Sin embargo, el World Federation for Mental Health (2010) afirma que más del 90% de los casos de suicidio

pueden ser asociados a enfermedades mentales, tales como: la depresión, la esquizofrenia, alcoholismo y otras. Después de investigaciones realizadas por esta institución el 90% de casos de suicidio, se puede dividir de la siguiente forma: el 25% de las personas que se suicidaron fueron atendidas un año antes de suicidarse por las diferentes entidades de salud mental; la mitad de ellos estuvieron en contacto con servicios de salud mental, la semana anterior a la muerte; y el 63% restante tuvieron antecedentes demostrables de haberse autolesionado.

Los cuadros psiquiátricos más comunes relacionados al suicidio son los trastornos del ánimo (uni y bipolares), la esquizofrenia y abuso de dependencia al alcohol o sustancias. Tienen también mayor riesgo los trastornos alimentarios, el trastorno de pánico (especialmente de intentos suicidas) y el TOC. Los trastornos de la personalidad -especialmente límite y antisocial- elevan la probabilidad de suicidio, por lo general en relación con trastornos del Eje I. En pacientes que intentan o se suicidan presenta uno o más trastornos, (por ejemplo, trastorno depresivo mayor y abuso de alcohol). La asociación entre cuadros de los trastornos clínicos (Eje I) y trastornos de la personalidad (Eje II) también es relevante un mayor número de intentos de suicidio. (Gómez, 2012)

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM - V (2013, pág. 150), el suicidio es considerado el acto individual de acabar con la vida, así mismo dada su gravedad, como un caso de urgencia psiquiátrica, siendo este el resultado de un cuadro depresivo mayor con las siguientes características: “pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse”, lo que quiere decir que la víctima tiene ideas constantes de acabar con su vida a causa de un trastorno psicológico de tipo afectivo.

En relación con lo anterior, se procede a dar a conocer algunos de los trastornos psiquiátricos más representativos y relacionados con el suicidio o que pueden ser un determinante.

En primer lugar, están los Síndromes Distímicos, entendiendo estos como aquellos en los que el “estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día durante un tiempo determinado, por lo menos 2 años” (DSM-V, 2013. Pág. 353). Arduas investigaciones han demostrado que la depresión es donde más aparece el suicidio consumado. Deshaies (1947), puesto que la persona pierde el interés que tienen de vivir, además de existir. Además de existir diversas formas de lesionarse, esto puede ser, el dejar de consumir alimentos, no concebir el sueño adecuadamente, lesionarse física y mentalmente, entre otras.

Según investigaciones realizadas por Deshaies (1947) el suicidio en este tipo de trastornos aparece en un 23%, en donde la mayoría de los casos sobrevive de improviso y casi siempre de forma grave, debido a la calidad de los medios con que se atenta contra la vida; por otro lado, se encuentran otras investigaciones realizadas por autores como Breier y Astrachan (1984) en donde someten a estudio a veinte pacientes esquizofrénicos que luego se suicidaron, encontrando que estos pacientes eran en su gran mayoría hombres y más bien jóvenes, no casados, quienes no comunicaron la ideación suicida y utilizaron métodos de alta letalidad. Por lo anteriormente descrito, se hace la comparación con la investigación realizada por Black, Winokur y Warrack (1985) en donde observan a 688 esquizofrénicos encontrando que 14 de estos se suicidan, además de reafirmar la investigación pasada en donde se afirma que se suicidan más los hombres esquizofrénicos que las mujeres, pero encontrando que las mujeres tiene mayor número de intentos fallidos, y a diferencia de la primera investigación, encontraron que los hombres que se suicidan están en edades adultas.

Según López, Hinojal y Bobes (1993) afirman que el suicidio en los estados demenciales aparece rara vez, es poca la asociación de estos con el suicidio, ya que esto requiere de una elaboración, de la capacidad de ideación, además de cierta organización psíquica, sin embargo, se afirma que el suicidio en este trastorno se da, para la eliminación del dolor y es en el instante mismo de este que se presenta el suicidio, en donde la persona se autolesiona golpeándose ya sea, contra la pared o el suelo. Además, la Esquizofrenia: según el DSM V es definido como “alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e influye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa” Pag. 279 (1995).

La Neurosis que se encuentran clasificados en el DSM IV - Eje 1, es una enfermedad comprendida dentro de los trastornos de ansiedad de evolución crónica que provocan inadaptación (Hume, 2002), en donde constituye una manifestación de un fin demostrativo, tanto para la familia, como para la sociedad; buscando huir de una situación desagradable, es debido a esto, en el que la persona realiza intentos suicidas hasta obtener la muerte. Es por esto que el suicidio en muchas de las ocasiones puede ver como “desesperada demanda de ayuda” Ey, Bernardo, y Brisset (1981).

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) define al suicidio como “Muerte por lesión autoinfligida, deliberadamente iniciado por la persona, intencional, como medio para obtener un resultado deseado, consciente y social, resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos,

culturales y ambientales” (2006. Pag 5). Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir, que la persona que se suicida se autolesiona, no solo físicamente sino también, psicológicamente, destruyendo su propia autoestima, su ser; en donde su objetivo es claramente terminar con su vida. Adicional a esto, la CIE 10 relaciona como variables que influyen en las conductas suicidas los antecedentes psicopatológicos, las características sociodemográficas y los trastornos mentales que presenta el individuo.

Por otra parte, la depresión es un síndrome en el que se agrupan emociones negativas como la tristeza, irritabilidad, malestar e insatisfacción general por las circunstancias de la vida, estos síntomas se presentan en mayor o menor grado, algunas veces se presentan de tipo cognitivo o somático. (Alberdi, Castro, Taboada y Vázquez, 2006). El suicidio está influido por un estado de ánimo depresivo. El 15% de los pacientes con depresión mayor terminan su vida suicidándose, al realizar comparaciones con población de pacientes depresivos suicidas con población sin tendencia suicida, se observa que se presenta mayor intensidad en síntomas como: Ansiedad, Clínica Psicótica, desesperanza, anhedonia y pseudodemencia. (Gascon y Soler, 2012).

Por su parte el suicidio junto con el duelo tiene una relación común ya que son dos experiencias que se manifiestan en todas las culturas y en todos los tiempos, afecta a todos los lugares y son experiencias que atraviesa a todos los grupos sociales, para los familiares se presenta como una sorpresa no tienen la certeza completa que hoy o mañana se vaya a suicidar, así haya queda entendido como posible, no queda registrado inminentemente como algo que está a punto de suceder, simplemente por lo doloroso del tema. Algo similar ocurre con la muerte de un ser querido que no haya sido por suicidio. En este caso porque la lógica del deseo (la no muerte) tiene poco que ver con la lógica de la razón, en ambos casos se acompaña un enorme e intenso impacto emocional, como tristeza sensación de vacío. (Frankl, 2011).

Para finalizar, se puede inferir que la base del comportamiento suicida desde este enfoque tiene varias explicaciones desde la medicina y la biología, iniciando con un componente biológico en donde tiene amplia participación la Serotonina, el componente hereditario que hace que los pacientes no respondan adecuadamente a situaciones que afecten su emocionalidad, por el contrario, son más impulsivos y agresivos. Finalmente, las enfermedades terminales y las mentales aportan un cambio físico muy fuerte en las personas, las consecuencias del padecimiento de los síntomas y los trastornos del estado de ánimo conllevan a desear una muerte rápida y sin dolor.

Postura Psicoanalítica.

Desde la postura Psicoanalítica, en el año de 1920, Freud en su obra “más allá del principio y el placer”, se interesó por esta conducta al impactarse por el suicidio de uno de sus pacientes, para Freud, (1988, Pag.10), resultaba importante la psicopatología o alteraciones del pensamiento que requieren atención psicológica, con el suicidio como una de estas. Freud consideraba el suicidio como:

Un síntoma doloroso, producto de las tendencias autodestructivas, que se Comprende como todas las conductas orientadas hacia la autodestrucción, indirecta o directa, del propio individuo, que podían estar presentes en cierto grado, en toda persona, siendo la motivación (fenómeno intrapsíquico) que es un estado de tensión que se origina del choque de fuerzas opuestas como deseos, necesidades, motivos o pensamientos operando dentro de uno mismo, del inconsciente que se caracteriza por la agresión y la hostilidad contra sí mismo.

Los aportes más significativos que hizo Freud frente al suicidio hacen referencia como primera medida a que la conducta suicida está integrada por sentimientos de culpa. La dinámica de una persona con deseos de suicidarse se rige por una ambivalencia (amor y odio) que generalmente busca ser equilibrado. La asociación de la agresividad y la pulsión de muerte, que es la oposición a la vida o el instinto que impulsa a una persona a morir para regresar a su estado inicial (inorgánico). (Corsi, 2002).

En 1972 Karl Menninger, (citado por Domínguez, Pena y Ruiz, 2010. Pág. 9), trabajando también desde la línea del psicoanálisis redefinió la teoría impuesta por Freud. Estableció tres conceptos que se presentan en el sujeto que tiene pulsión hostil o conducta suicida: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. Cuando Menninger se refiere a la pulsión hostil, la define como el instinto (de naturaleza biológica) que hace que una persona pretenda autodestruirse y agredirse. Es necesario saber que el perfil suicida está integrado por los factores mencionados anteriormente y se definen así, 1). Deseo de matar: es el impulso primario que compone el instinto de destrucción, está en la búsqueda del equilibrio y es ambivalente por lo que constantemente es inhibido por los deseos de vivir. 2). Deseo de ser matado: es el impulso que se deriva de las emociones, allí intervienen y se forjan los sentimientos de culpa, ira y castigo hasta que se desencadena una conducta autodestructiva. 3). Deseo de morir: se manifiesta cuando las conductas de autoagresión y autodestrucción llegan a un nivel máximo de manifestación. (Barriga, 2012).

Otra forma de suicidarse descrita por los psicoanalistas se conoce como el suicidio crónico, en donde la persona se autodestruye posponiendo la muerte indefinidamente, a costa de sufrimientos y del deterioro de las funciones mismas, como por ejemplo la ingesta de alcohol, las conductas antisociales, entre otras; también se encuentra el suicidio localizado, en el cual el individuo se concentra en una parte específica del cuerpo, como por ejemplo morderse las uñas, las automutilaciones, fingir enfermedades, entre otras; y por último el suicidio orgánico, que tienen la característica de la destrucción de los procesos internos, generales o focales. Rodríguez, Glez, Montes y Gracia (1990)

Sarieti y Bemporad (1981) de acuerdo con los hallazgos descritos por Freud afirman que el suicidio de una persona puede ser catalogado dentro de cuatro puntos importantes; 1. Está relacionado con el hecho en que el paciente o la persona tiene el deseo de castigarse por algo que considera está mal hecho; 2. Es donde la persona con la ejecución de la muerte quiere tener alivio para su sufrimiento o simplemente quiere acabar con su vida sin objetivo; 3. Busca de una forma simbólica castigar al otro pero mucho más doloroso para el ser castigado y 4. En donde el suicidio carece de significado y se le atribuye al empeoramiento del trastorno bioquímico que provocó la depresión.

A diferencia de los autores que comparten la doctrina de Freud, la psicoanalista Karen Horney en 1950, considera que la conducta suicida se desarrolla a partir de las primeras experiencias del niño, también llamó las patologías como trastornos culturales que son causados por el contexto religioso, político, familiar, cultural que influyen en el desarrollo de la personalidad del niño. Lo anterior provoca “neurosis” que Horney explica desde las relaciones familiares perturbadas, defectuosas y los factores sociales que varían entre culturas, por ejemplo, la presión social que ejercen algunos padres a sus hijos para obtener los mejores resultados académicos, como ocurre en Japón. Estas exigencias hacen que los adolescentes experimenten un estado de angustia, fracaso y desesperanza que desencadenan tendencias suicidas y finalmente la muerte. La diferencia con Freud es que le otorga a la conducta suicida a factores biológicos, instintivos e impulsos, sin tener en cuenta cómo es el contexto y la cultura del sujeto. (Valderrama, 2006). De manera que a continuación se abordará el suicidio desde la postura Psicosocial que es la Psicología que se encarga de los procesos de relación con el otro y el contexto.

Postura Psicosocial

Antes de dar inicio a la postura psicosocial y su perspectiva del suicidio, es importante resaltar que el contexto cultural y la organización social pueden llegar a interiorizarse y convertirse en fuerzas auto-destructivas para todo ser humano; puesto que como la agresividad hace parte de las personas, a la vez puede convertirse en una tendencia autodestructiva, que amenace la existencia de la propia persona. Entendiendo esto se procede hacer la explicación del suicidio desde la perspectiva psicosocial. Carnoma (2012); no sin antes entender que el suicidio es un fenómeno tan antiguo como el hombre, en donde a su vez es reconocido como un fenómeno humano y universal, y que a lo largo de la historia ha evolucionado; con la diferencia que en cada sociedad se le ha atribuido un significado particular que varía en función de los contextos socioculturales en donde se puede presentar dicho fenómeno. Lastra (AÑO)

Para la postura psicosocial el suicidio es considerado la forma de violencia auto infringida; de acuerdo con esto se pretende que el suicidio se distinga entre la agresión a uno mismo y el hecho de agredir a otras personas; es por esto que se define la violencia como el “Uso intencional de la fuerza o el poder físico, como amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, entre otros. Según el informe mundial sobre violencia y salud de la OMS Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, y Lozano, (2003)

Canetto y Lester (1995) tras investigaciones realizadas en el momento, proponen una categorización del suicidio teniendo en cuenta el tipo de daño auto infringido: el primero se categoriza como el comportamiento suicida mortal, lo que significa que la persona consuma el acto suicida, tras las lesiones que se ha hecho; y la segunda categorización es el comportamiento suicida no mortal, para las cuales se entiende por los actos que llevan a cabo las personas, pero estas no ocasionan la muerte.

Por otro lado, se evidencia que los sociólogos de hoy en día, continúan con el legado de Durkheim, el cual sostiene que el suicidio no se podía estudiar desde los factores meramente psicológicos o biológicos; sino más bien debe de ser abarcado desde el hecho social, es decir individuo - sociedad. Por lo anterior emergen nuevos campos de la sociología y otros campos que buscan comprender el fenómeno del suicidio y sus interpretaciones; de acuerdo con los contextos sociales, analizando su lenguaje, sus símbolos y representaciones para proponer nuevas alternativas de intervención sobre esta problemática social. García-Peña (2015)

El posicionamiento de la sociología frente al acto suicida de las diferentes comunidades, es presentado como la disciplina estructuralista de las ciencias sociales, es decir concibe cualquier

objeto de estudio como un todo, cuyo objeto se relaciona entre sí, de tal forma que la modificación de uno de ellos modifica los restantes; (Rico. 1996) que se encarga de estudiar los fenómenos reconocidos por la sociedad frente a dicho acontecimiento. (Durkheim, 1982)

Se afirma que la sociología tiene como objeto estudiar a la sociedad, desde sus individuos y grupos sociales, para los cuales tienen una mirada permanente frente a los comportamientos humanos en la creación de nuevos paradigmas, advirtiéndole a la misma acerca de los peligros que pueden llegar a enfrentar ante dichos cambios. Es por esto que hoy la urgencia de investigación para esta corriente es saber cómo mitigar los efectos que estos cambios traen, buscando proteger a los individuos y dándoles nuevas opciones de vida y de resolución de problemas, con el fin de no tener el suicidio como opción de vida. Garvía (1998)

Por otro lado, y teniendo en cuenta la situación actual de Colombia frente al conflicto armado, el cual es un acto que se desarrolla en el país cerca del año 1960, en donde los actores principales es la guerrilla de extrema izquierda y los diferentes grupos paramilitares de extrema derecha; en el 2013 el Gobierno crea la ley 1616 la cual se convierte en un hito y un hecho relevante en la salud pública de los colombianos, porque por primera vez se abordó de manera integral un problema muy complejo relacionado con la mejora de los determinantes del bienestar de la sociedad colombiana como lo es la salud mental, planteando retos importantes para disminuir el suicidio en esta población.

También, el Ministerio de Salud y Protección Social coinciden en que la depresión está ligado a los riesgos de salud mental del conflicto armado y de la violencia que ha tenido efectos importantes en esta sociedad, por primera vez una norma apoya a las víctimas del conflicto; crean mesas de trabajo, las cuales se fundamentan en la atención, prevención e investigación de esta clase de conductas; en donde El Ministerio de Salud y Protección Social atiende la conducta suicida de las víctimas del conflicto, a través del Grupo de Salud Mental, pues estas personas, por su condición y forma de vida, se enfrentan a mayores riesgos frente al suicidio por lo que la atención psicosocial es prioritaria para el Ministerio.

Vale la pena citar al Señor Fernando Ruiz Gómez Vicepresidente de la Salud Pública y Prestación de Servicio el cual afirma que "...Esta es una ley llega en los mejores momentos de la historia de Colombia puesto que la estábamos esperando hace muchos años. No es letra muerta sino una realidad y un ejemplo del apoyo del Congreso de la República con el equipo decidido del Ministerio, porque la salud mental era la cenicienta del Sistema. Esa historia cambia a partir de hoy porque tenemos un país enfermo porque lleva 50 años de guerra..." Además, la Señora Luz

Adriana Narváez, representante de la Unidad para la Atención de las Víctimas expresó en concordancia con lo anterior que “la Unidad ha comprendido, en las atenciones realizadas a las víctimas del conflicto armado, que la forma en que ocurre el suicidio es una representación del sufrimiento e historia de vida, por lo que cada persona le otorga un significado y mensaje diferente. La comprensión del suicidio no puede ser generalizada, sino que requiere de una interpretación contextualizada y compleja”. Por lo anterior y teniendo en cuenta la población del conflicto armado se debe de ahondar en el suicidio desde una mirada individual, o grupal pero solo con este grupo de personas, puesto que es diferente el suicidio de una persona que no ha sido parte de este conflicto a una que sí.

Postura cognitiva.

Shneidman (1993), abordó el suicidio desde la psicología cognitiva, (la cual trata del estudio científico de la mente humana, estudiando las estructuras, procesos y representaciones; y tratan del modo como las personas perciben, aprenden, recuerdan y piensan sobre la información), (Riviére, 1991) definiéndolo como un drama de la mente, donde este casi siempre es dirigido por el dolor psicológico, las emociones negativas, lo que llamó Dolor de la psique. En otras palabras, se refiere a una sensación negativa y dolorosa que invade al sujeto y lo lleva a suicidarse. En donde el dolor de la psique se produce debido a las experiencias que el sujeto puede categorizar como negativas para su existencia, si no se presentará esta sensación negativa, no habría una probabilidad alta de suicidio. Desde la psicología cognitiva, a partir del año 1949, Shneidman realizó varios estudios en lo que denominó “suicidología”, encontrando varios hallazgos en la conducta suicida, por ejemplo, odio y resentimiento hacia los demás, autoculpa, impulsividad, ambivalencia (repentinos cambios en el estado de ánimo), lo que significa que el suicidio es necesariamente una forma de agresión permanente contra sí mismo que es la respuesta a las necesidades psicológicas insatisfechas, como lo son la motivación intrínseca, las relaciones sociales, autonomía y competencia.

Cabe rescatar que la terapia Cognitiva como estrategia de intervención que se deriva de este enfoque, tienen como objetivo principal reducir la conducta suicida mediante los siguientes componentes: 1. desarrollar medios para desaparecer la desesperanza y a la conducta objeto-suicida; 2. Crear sentido de pertenencia en los pacientes con el fin de reducir la deserción del tratamiento; 3. Aumentar el uso de los servicios de salud de cada región para tal caso, y 4. aumentar el uso adaptativo del apoyo o soporte social. En otras palabras, la estructura de la terapia

cognitiva para este caso, debe contar con una serie de componentes para la enseñanza de solución de problemas, la conceptualización de caso clínico, la reestructuración cognitiva y conductual, y uno de afrontamiento, reducir la impulsividad y ampliar redes de soporte social (Brown, Ten, Henriques, Xie, Hollander & Beck, 2005; Henriques, Beck & Brown, 2003).

Por otro lado, en el año 2000 la OMS da paso al programa Suicide Prevention (SUPRE) el cual busca disminuir la conducta suicida de las personas, especialmente de los jóvenes; en donde el modelo teórico de la teoría cognitiva parte del supuesto básico de que las personas suelen padecer psicopatologías no por las situaciones en sí, sino por la interpretación que estas suelen hacer. Beck y Freeman (1990); además lo derivan de algunos componentes: El yo defectuoso, en donde el mundo es agresivo y despiadado con la persona y por ende tendrá un futuro desolador y desesperanzador, optando por el suicidio. Rush y Beck. (1978), por tanto, el objetivo de la evaluación en esta terapia, inicialmente se centra en la identificación de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, entre otras; que son activadas en el momento en que una persona está a punto de consumir el suicidio. Beck 1979 citado por Toro 2013.

El modelo cognitivo de la conducta suicida tiene inicios a través de la explicación que se da acerca de su etiología, en donde a consecuencia de los esquemas disfuncionales de las personas, se desarrolla una triada cognitiva depresiva: Esta corresponde a una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro, cuyos patrones cognitivos están relacionados con la múltiple sintomatología del proceso suicida y el síndrome depresivo. (Toro, 2013).

El suicidio es la “acción voluntaria por la que una persona se priva de la vida”, teniendo en cuenta que este acto está acompañado por influencias que tienen que ver con: el contexto, la cultura, la religión y la estructura familiar. (Montalbán, 1998. pág. 10), El suicidio se ha definido como un “acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” De la Espriella, (1998. Pág. 21), es decir que el suicidio se lleva a cabo siendo la persona consciente de hacerse daño así mismo, teniendo en cuenta que esta decisión es la mejor opción para la víctima.

Valle Nuñido (2002) concluye que el suicidio es una conducta voluntaria y consciente dirigida a causar la propia muerte; también, Conde (2011) en el derecho penal sugiere que el suicidio es el acto o la acción por medio de la cual el individuo es consciente y capaz de controlar sus actos, para terminar / finalizar con su propia vida.

El suicidio es considerado una serie de factores sociales, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, históricos e incluso filosóficos que se exponen y concentran tanto en

una sociedad como en las expresiones individuales de cada uno de sus integrantes; como todas las conductas humanas el suicidio es un acto confuso, por lo que no se puede dejar de reflexionar bajo distintas esquinas. (Quintanar, 2007)

El suicidio está acompañado de varios factores psicológicos y sociales asociados, es el resultado de la búsqueda de una escapatoria a un problema que para la persona no tiene solución, otras personas lo llevan a cabo para hacerle daño a un tercero, hipotéticamente se ha dicho que hay personas cuya composición genética está predeterminada a la depresión y al suicidio, ya que desde un punto de vista médico, estas son patologías mentales graves, puesto que su diagnóstico es complejo debido a la dificultad de delimitar los diferentes síntomas y el propio síndrome (Mitjans y Arias, 2012), haciendo cometer a la persona el suicidio optando como la salida de la vida insoportable, de estrés y conflicto que debe padecer. (Kaplan y Sadock, 1999).

En la época contemporánea, se afirma que el suicidio es “Abandonarse al dolor sin resistir, suicidarse para sustraerse de él, es abandonar el campo de batalla sin haber luchado”, (Chávez, 2010), pág. 357 además de que sus investigaciones fueron basadas en teorías, principalmente en las causas psicológicas y sociológicas del suicidio. Según Gutiérrez, Contreras y Orozco, (2006) el Suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) que consiste en el continuo pensamiento de acabar con la propia existencia. También se encuentra uno de los términos más importantes de la psicología de los últimos años y es el de la desesperanza aprendida que se entiende como el estado en que el individuo no emite respuestas para evitar la estimulación aversiva, ya sea porque no encuentra ningún reforzador ante la conducta de escape o bien, porque le es imposible escapar y de alguna forma tiene la ideación suicida hasta que lo concreta. González, Hernández (2012)

Según Petrzalová, (2007), es un fenómeno que puede presentarse en cualquier edad, las personas que presencian de manera directa este hecho muchas veces no dejan mayor explicación de por qué lo hicieron, las personas que sí aportan evidencias claves de cuáles fueron los antecedentes para tomar esta decisión, se presume que antes de este acto hubo actos fallidos con la pretensión de no finalizar su cometido, sin embargo llegar al suicidio es un proceso; algunas veces el comportamiento radica en actos de rebeldía, para llamar la atención o castigar a su seres queridos.

Diferentes autores han descrito en varias ocasiones alguno de los indicadores que se presentan en el momento en que la persona quiere consumir el suicidio; para dar explicación de lo anterior se referencian algunos de estos factores tales como trastornos psiquiátricos,

principalmente la depresión; el uso de sustancias adictivas, como por ejemplo el alcohol, padecimientos físicos tales como dolores crónicos, desfiguración o pérdida de la funcionalidad, antecedentes familiares, entre otras. Hirschfeld, Davidson, (1988)

Shain (2007), considera que el suicidio es todo evento en el que un individuo se causa a sí mismo una lesión cualquiera sea intencionalmente de manera letal. Además, relaciona el ser humano que quiere quitarse la vida con el individuo que atraviesa una crisis ya que, debido a la crisis por la que está pasando el individuo puede tener la clara idea de quitarse la vida con el fin de eliminar dicho sufrimiento; además de que estas expresan ideas como “no quiero seguir viviendo”; estas expresiones pueden o no tener la clara idea del suicidio o refiriéndose al cómo, cuándo y dónde llevar a cabo el acto suicida.

Gutiérrez (2009), define el suicidio como el pensamiento y el deseo de acabar con su vida, sin siquiera haber llegado a intentarlo, distingue que los pensamientos de una persona suicida pueden variar desde el punto de querer que las personas que lo rodean se mueran, también pensamientos transitorios de cometer un suicidio, hacer planes de cómo llevarlo a cabo y concluir con el acto como tal. Finalmente afirma que el suicidio puede llevarse a cabo con más facilidad cuando el sujeto tiene claramente definido los medios con los que va a hacerlo, Existiendo un mayor número de suicidios en los hombres que en las mujeres, puesto que, según investigaciones realizadas, se encuentra que el 80% de la población que se suicida pertenece al género masculino y las edades comprendidas de esta población es de 36 años; mientras que la edad en las que las mujeres optan por el suicidio es de 29 años. Rodríguez (2007)

También se considera el suicidio como el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideaciones suicidas) como el acto suicida en sí. Entendiendo lo anteriormente descrito como, que la persona que lleva a cabo el acto suicida es plenamente consciente de que quiere quitarse la vida, en donde existe una interacción de los pensamientos de la persona hasta que esto hace que la vida cese debido a la realización de sus actos. Gutierrez-García, Contreras, Orozco y Chantal. (2006)

Según Robles, Acinas y Pérez – Iñigo (2013), afirman que el suicidio es la decisión deliberada o intencional de acabar con la vida de uno mismo, lo que quiere decir que el sujeto realmente lo que busca es acabar con algún sufrimiento en el cual no ve salida alguna.

En síntesis, el suicidio para el enfoque cognitivo es el drama de la mente, es la agresión permanente de sí mismo, es la respuesta psicológica de insatisfacción de un ser humano, la visión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo en general; que conlleva a sensaciones negativas y

dolorosas que inunda al sujeto, es por esto que una persona toma la decisión de llevar a cabo el suicidio. También, dicho enfoque encuentra que en la mayoría de las veces las personas que se suicidan sienten odio y resentimiento ante las demás personas, por lo cual hacen responsables a los otros de su acto o responsabilizan a algún contexto, cultura, religión o a la misma estructura familiar.

Postura Neurobiológica o Neuropsicológica.

El intento y la tentativa de suicidio (parasuicidios), así como el suicidio efectuado o consumado, tienen una conexión con el funcionamiento biológico del organismo, específicamente da una explicación al funcionamiento del cerebro de una persona con estas características. A continuación, se abordará esta postura:

Jiménez, Hidalgo, Camargo y Dulce (2011), realizan una investigación bioquímica en donde encuentran que la dopamina y la serotonina son neurotransmisores con un perfil general de acciones bioquímicas en donde si disminuye la actividad serotoninérgica aumenta el pensamiento suicida además de la depresión, también agregó que el tener bajos niveles de ácido homovanílico en el líquido cefalorraquídeo aumentan el intento de suicidio.

Se infiere que los neurotransmisores más relacionados con la conducta suicida se asocia a la serotonina, además de que se encuentran niveles altos de hidrocorticoides en personas que pretenden llevar a cabo el suicidio, consecuencia de la hiperactividad del eje hipotalámico por la existencia de niveles elevados de esta sustancia. Lapin (1969). Citado por Mingote, Jiménez, Osorio, Palomo (2004). También, Engelberg (1992) después de llevar a cabo varias investigaciones, encuentra que la disminución del colesterol se asocia a un incremento de las muertes atribuidas con la violencia y/o el suicidio. Por lo tanto, la explicación que dicho autor atribuye a este hallazgo que la ideación suicida se debe a los bajos niveles de colesterol en la membrana sináptica provocando adicional una disminución de los receptores serotoninérgicos.

En conclusión el suicidio para dicho enfoque hace referencia a una disminución de neurotransmisores, específicamente los relacionados con la serotonina y dopamina; también se encuentra que el hidrocorticoides es muy común en las personas que ya han consumado dicho acto; como último punto relevante de dicho enfoque es relacionado con la disminución del colesterol, para lo cual informan que en las personas que tienen un incremento de colesterol y son halladas muertas, se encuentra una relación entre estos dos componentes, sin embargo no se

encuentran investigaciones que tengan un sustento teórico con mayor fuerza para esta teoría; es por esto que más adelante .

Postura Sistémica

En el enfoque sistémico, se trabaja la aplicación de la teoría general de los sistemas que está compuesta por tener una visión integradora y holística de una problemática. (Bertalanffy, 1981), Por otro lado, en la terapia psicológica con enfoque sistémico, también llamada terapia familiar, se busca poner al paciente en el contexto habitual, por lo que se diseña un proceso de intervención viendo la familia como un sistema (estructura, organización, funcionamiento y procesos de interacción). (Valles, 2014)

La profesora e investigadora en el área de terapia familiar, Luz de Lourdes Eguiluz, definió el suicidio así: “Definimos ideación suicida como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir”. (1983, Pág. 2), es decir que la ideación suicida se caracteriza por tener recurrentes pensamientos involuntarios sobre la muerte que se convierten en una obsesión, dentro de estas ideas se hace una ideación de cómo hacerlo, incluyendo las circunstancias y condiciones en las que se llevará a cabo el acto.

La terapia de familia sugiere que cuando una persona con antecedentes de ideación suicida expresa abiertamente sus intenciones, no debe tomarse como una amenaza o una manera de llamar la atención, por el contrario, es una oportunidad para escuchar una solicitud de ayuda que puede prevenir la muerte de un ser querido. (González & O’Farrill, 2003)

Desde la perspectiva sistémica y abordando a los factores de riesgo expuestos en este enfoque, se evidenció que una persona puede ser más vulnerable y recurrir al suicidio cuando vivió la muerte de un familiar (padre - madre, hermano, primo) por esta misma causa, pues son referentes familiares que son aprendidos, en la investigación realizada por la docente Eguiluz en el año 1995, “Una reflexión sobre la conducta suicida desde el marco de la Terapia Familiar” se infiere que en este tipo de familias parece como el suicidio fuera “contagioso” (Eguiluz, 1995).

Además de este factor, la conducta suicida está asociada con las circunstancias familiares que no proporcionan estabilidad emocional, por ejemplo, problemas entre padres, poca comunicación, pérdidas económicas, violencia o abuso. Todas estas situaciones, generan pérdida de confianza y baja autoestima, que luego se manifiestan en problemas mayores como la depresión. (Berry, y Vial, 1993)

Para terminar, Las personas que conviven con una familia que tiene buenos niveles de comunicación, independencia para expresarse y son escuchados, tienen una probabilidad baja de recurrir en el futuro al suicidio, en cambio familias con exigencias y normas rígidas o demasiado autoritarios, educan hijos con muchas restricciones personales que posiblemente van a recurrir al suicidio como manera de escape. (Villatorio, Andrade, Fleis, Medina, Reyes y Rivera, 1999).

En resumen, el enfoque sistémico da a la familia un papel importante ante la ideación suicida, pues hace parte de los recursos personales que forja una persona para enfrentarse a cualquier situación que se presente.

Factores asociados al Suicidio.

Al tener como base cada uno de los diferentes significados del suicidio anteriormente descritos para cada uno de los enfoques conceptuales, se pretende ahondar ahora en la identificación y descripción de los factores a los que se encuentra asociado dicho acontecimiento; entendiendo factores de riesgo como la característica determinable de un individuo, familia, grupo o comunidad que poseen una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño en particular (Burak, 1999). Además, se sabe que el acto suicida ha aumentado a lo largo de la historia considerablemente y que es la cuarta causa de muerte más común en los niños y adolescentes de Colombia, comprendidos entre las edades de los 12 y 15 años (Estudio Nacional de Salud Mental Colombia (citado por Cabra, Infante y Sossa. 2010)), y que según La Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia (estudio realizado por la universidad javeriana en el 2015, citado por el Periódico El Tiempo) el 6.6% de los adolescentes han tenido ideas suicidas y un 37.6% ha intentado quitarse la vida, asociando esto con factores de riesgo como la depresión, los trastornos alimenticios y el consumo de sustancias psicoactivas

Es por esto que se ahondara en los factores de riesgo asociados al suicidio, en las diferentes etapas de la vida, pues según Pérez (1999) (tras investigaciones realizadas a la población cubana) pueden considerarse tanto individuales como generales, ya que, los factores asociados a los niños pueden no ser los mismos factores para los adultos o la población comprendida entre la vejez, además de categoriza según la condición de género (hombre o mujer). Ya teniendo en cuenta esto, se procede a describir cada uno de dichos factores abordando la primera etapa de la vida; no sin antes dar a conocer que en la población colombiana tras diferentes estudios realizados por Psicólogos y Psiquiatras es considerado que los niños menores de 8-9 años no reconocer realmente el significado de la muerte, lo que dificulta tratar el suicidio de la misma forma que para una persona que tienen claro su significado de este. Pfeffer (1984)

Por otro lado, el psiquiatra infantil Ajuriaguerra (1987) describe que la población de estos niños (8-9 años) pasan por cuatro fases para la construcción y reconocimiento de lo que es la muerte; en donde la primera fase, que está comprendida en los 2 años, se caracteriza por el desconocimiento y la indiferencia total de la misma; la segunda fase está comprendida entre las edades de los 4-6 años, para lo cual se encuentra que el niño tienen una concepción mitológica de lo que es muerte y la asimila como algo que puede ser reversible o temporal, cerca de los 9 años aparece la tercera fase en donde el niño piensa que cuando una persona muere esta de alguna forma existe en otro tipo de vida; y por último se encuentra la cuarta fase en donde el niño tiene claro el significado de la muerte, que esta no tiene irreversibilidad.

Factores asociados al suicidio durante la niñez

La infancia, se puede entender como el periodo de vida comprendido entre las edades de 0 a 6 años de edad, en donde se caracteriza por ser la etapa evolutiva más importante de todo ser humano, puesto que, es aquí en donde se establecen las barreras madurativas y neurológicas del desarrollo del individuo según Marchesi (2009). Ya entendiendo la importancia de esta etapa se afirma que los factores que más se asocian al acto suicida, corresponden a: a). el medio familiar en que el vive el menor, puesto que es importante considerar si el menor fue o no deseado por sus padres ya que esto, es una forma de detectar si se presentan manifestaciones de rechazo u amor hacia el mismo; b). la edad de los progenitores: esto puede llegar a ser un factor determinante para el acto suicida debido a que, se da lugar a trastornos en la atención (desorden conductual que se presenta de manera más frecuente en la infancia (Szatmari, 1992)) y la educación del niño debido a la inmadurez biopsicológica de los padres, lo que puede generar estrés para el niño y a su vez optar por el acto suicida como tal; c). la personalidad de los progenitores: que estos se muestren poco sociables, que sean emocionalmente inestables, que la crianza del niño está sujeta a rasgos determinantes, entre otras; puede ocasionar a los niños poca estabilidad emocional (sentir temor a la hora de relacionarse con las demás personas), lo que muy probablemente dará paso a la idea de la consumación del suicidio; d). enfermedades psiquiátricas graves, (tales como trastornos del humor, esquizofrenia, entre otras), los trastornos asociados a la conducta, los de la adaptación y de ansiedad, retraso mental, entre otros. y, por último, e). un hogar roto: cuando un menor está involucrado en las peleas de sus padres y puede deducir que estos se separaran, el menor tiende a echarse la culpa, con afirmaciones como “porque me porté mal se van a separar”, “porque no hice la tarea se van a separar...” entre otras. En donde el menor se puede llegar a sentir tan culpable

que la salida que tiene para enmendar la problemática que tienen los padres, es posiblemente la muerte de este. Barra (1989)

Por otro lado, Cañón (2011), afirma que los antecedentes relacionados con el suicidio bienen ligados a un sin números de condiciones y factores; sin embargo, para la investigación que lleva a cabo contempla únicamente alguna de ellas, tales como: a). la depresión, debido a que en esta edad es mucho más complejo afrontar temas relacionados como la frustración la disfunción familiar, el abuso sexual, la no satisfacción de necesidades básicas y los maltratos de las personas que los tienen a su cuidado; lo anterior se debe a la poca experiencia que puede llevar a tener el niño en esta etapa de su vida. Palacio-Espinosa., Barrera-Lora., Ordoñez-Rodriguez y Peña-Ayala, (2007); b). el abuso sexual: para este tipo de factor es importante describir que cuando un niño es abusado sexualmente, puede que no tenga ideación suicida en la etapa; pero sí se puede presentar en la etapa de la adolescencia o adultez, ya que aquí se tienen conocimientos previos y asimilación de los acontecimientos; además, se agrave la situación de un niño abusado sexualmente, debido a que este, puede llegar a tener problemas de estrés postraumático, depresión, inestabilidad emocional trastornos gastrointestinales, disfunciones gastrointestinales, adicciones al alcohol, entre otras; que lo lleven a tener ideación suicida o a consumir el acto. Carnoma, Arango, Castaño, Escobar, et (2010) y c). la disfunción familiar. los conflictos con alguno de los miembros de la familia se asocian con mayor riesgo a un suicidio consumado, esta misma condición se da en familias con padres separados, ya que el grado de disfunción familiar repercute directamente sobre el comportamiento de los niños. Gomez, Rodriguez, Bohorquez, Diaz, et (2002).

Por último, Larragibel, González, Martínez y Valenzuela (2000) identifican tras investigaciones realizadas a lo largo de las reseñas históricas del suicidio los siguientes factores que se asocian al acto suicida en la niñez a). el género: ya los suicidios completados son más comunes en los hombres, que en las mujeres (Andrews. 1992), lo anterior se justifica de acuerdo a investigación realizada en 1989 por Kotila y Lonqvist en donde se afirma que la tasa de riesgo de suicidio es 4 veces mayor en niños que en niñas. Lo anterior ha sido sometido a varias investigaciones, en donde se plantea que los hombres son más expuestos a sufrir las consecuencias y las fluctuaciones socioeconómicas, tienen mayor prevalencia al alcoholismo, utilizan medios más violentos y por lo tanto el intento suicida de este género es mucho más exitoso que en el de las mujeres. citado por Retamal, Reszczynski, Orto, Orjuela y Medina (1995); en cambio en las mujeres es más prevalente el intento, ya que en este género predomina la depresión.

Otro factor investigado por dichos autores son lo referente con b). la edad, ya que se encuentra que el acto suicida aumenta a lo largo de la vida y es poco frecuente en la niñez (Peterson, Zhang, Santa Lucía, King, Lewis. 1996), lo anterior, se reafirma por la investigación realizada por Shaffer (1994) en donde utiliza 30 casos de suicidio completado en una población de edades comprendidas entre 12 y 14 años; identificando que el suicidio es poco frecuente en edades menores a las anteriores, ya que en su gran mayoría esta población es menos expuestos al estrés y a factores de riesgo, puesto que aún dependen en gran medida de sus padres, lo que quizá les provee mayor apoyo emocional y social, y por último, el planear un acto suicida requiere un nivel de maduración cognitivo no alcanzado por esta etapa, osea que son física y mentalmente precoces.

Además de los factores anteriormente mencionados se encuentra c). la disfunción familiar: Existe clara evidencia que las problemáticas familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida, la ausencia del apoyo familiar, la falta de comunicación con los padres y discordia entre los mismos, hacen que existan oportunidades limitadas para que el aprendizaje del niño frente a la resolución de problemas sea mucho más complejo, permitiendo así que entre a la depresión y finalmente tengo la ideación suicida o el acto como tal. Fergusson, Lynskey (1995).

También se encuentra como factor influyente en el acto suicida d). la depresión; puesto que cuando esta da comienzo a temprana edad se asocia por lo general con trastornos de la conducta Shaffi (1985).

Estudios relacionados demuestran que existe gran relación entre conductas antisociales, el uso de alcohol y/o drogas; es por esto que se debe de contemplar la importancia de esta relación ya que dichos comportamientos se asocian con depresión en función de otros factores. Del mismo modo, las relaciones intrafamiliares pueden o no tener una contribución independiente al riesgo de conducta suicida en adolescentes, más allá de los efectos de la depresión y los síntomas conductuales. Larragibel, González, Martínez y Valenzuela (2000). Sin embargo, lo anterior se asocia a población joven, más no a la etapa de la niñez.

Como último factor asociado al acto suicida en la niñez están relacionados con e). problemas conductuales: aunque este factor se atribuye con más frecuencia a población adolescente puesto que, se cree que muchos adolescentes suicidas han tenido problemas legales y carcelarias a lo que se atribuye un mayor riesgo de suicidio. Shaffi (1985)

Ya teniendo un breve panorama de alguno de los factores asociados al suicidio en niños se pretende ahora nombrar los factores que compete a la adolescencia. Entendiendo esta como la fase de la vida más fascinante y quizá más compleja, algunos autores afirman que la adolescencia es la época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia; en donde se busca identidad aprender a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y desarrollar habilidades que les permita ser adultos atentos y responsables. Fondo de las naciones unidas para la infancia (2000).

Identificando así la adolescencia como el periodo de tránsito de la niñez hacia la adultez temprana, caracterizando esta etapa de la vida con grandes cambios emocionales, sociales y físicos Brausch, Muehlenkamp (2007). Además, los adolescentes deben lidiar con una variedad de problemas psicosociales, con el sentido de identidad y madurar cognitiva y emocionalmente. Pfefferbaun (1986) a lo que puede tener implicaciones y por ende pensar en el suicidio como la opción más rápida para poder acabar con el problema. Es por esto que un extenso número de factores pueden contribuir a la ocurrencia de la conducta suicida, en donde comprometen factores individuales, familiares y sociales.

A continuación, se pretende exponer los más significativos, dando inicio con el relacionado a la a). edad: pues se cree que el pensamiento suicida aumenta en la adolescencia debido a que es asociado con la presencia de trastornos del ánimo y abuso de sustancias psicoactivas; pues según investigaciones el porcentaje de suicidio consumado aumenta hasta cerca de los 20 años de edad. Steele, Doey (2007)

También se contempla la relación que tiene el género de la persona, sin decir que es una condición igual para todos los países. En general el suicidio es más común en varones, pero las mujeres realizan más intentos de suicidio (Muñoz, Pinto, Callata, Napa, Perales. 2007).

También atribuyen un determinante para el acto suicida en adolescentes los factores biológicos y genéticos; puesto que la “desregulación serotoninérgica es un rasgo biológico determinante y que un individuo con enfermedad mental que posee este rasgo es más propenso a responder a un estresor de una forma impulsiva o agresiva” (Pag 3). lo que podría dirigirse directamente al suicidio o a incrementar el estrés que finalmente lo llevaría al suicidio. Mann (1999).

También hay evidencias que los individuos con intentos suicidas que tienen niveles bajos de 5-HIAA (el ácido 5-hidroxiindolacético es el metabolito principal de la serotonina en el cuerpo humano) (tomado de Labor Diagnostika Nord) en el líquido cefalorraquídeo son

significativamente más propensos a intentos suicidas y/o cometer suicidio. Nordstrom, Samuelsson y Asberg (1994). De igual modo, otros investigadores estudiaron 211 adolescentes y relacionaron “los niveles de serotonina en el plasma con medidas psicométricas” Pag 3, llegando a concluir que la determinación de la concentración plasmática de serotonina, en combinación con algunas medidas psicométricas, puede ser el índice diferenciador de los adolescentes suicidas. Tyano, Zalsman, y Ofek (2006).

También consideran como factor determinante los trastornos mentales, ya que más del 90% de los adolescentes que optan por el suicidio sufren de trastorno psiquiátrico asociado en el momento de su muerte y más del 50% tenían un trastorno psiquiátrico. Steele, Doey (2007). Entre los trastornos que más se pueden destacar en los adolescentes que optan por el suicidio son los relacionados con la depresión, la distimia, los trastornos relacionados con la ansiedad, del humor y el abuso de sustancias psicoactivas. Horacio, Vargas, Javier y Saavedra. (2012)

En cuanto a las relaciones familiares: Los hallazgos de varios estudios evaluados en una revisión sistemática indican una relación significativa entre fenómeno suicida y comunicación con miembros de la familia: tener una buena comunicación y sentirse comprendido por miembros de la familia es por lo general, asociado con menor prevalencia de pensamientos e intentos suicidas en adolescentes. Evans E, Hawton K, Rodham (2004). Algunos estudios han relacionado bajos niveles de comunicación entre padres e hijos con ideación e intento suicida. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y en la adolescencia (2002).

Finalmente, se considera un factor determinante más no único asociado al suicidio el rendimiento escolar: El tener una actitud negativa hacia la escuela o hacia el trabajo escolar y una mala conducta ante el colegio puede llegar a incrementar la ideación del suicidio en los adolescentes; como también tener bajo rendimiento y malas calificaciones puede hacer que el adolescente se sienta desmotivado y optar por el suicidio. Horacio, Vargas, Javier y Saavedra. (2012). Es por esto que el que la juventud hable acerca del suicidio incrementa el riesgo del comportamiento suicida y se plantan semillas del mismo, sobre todo en jóvenes en donde actúa el efecto de imitación. Cañón (2011)

Para dar continuidad con la descripción de cada uno de los factores asociados al suicidio se pretende ahondar en los comprendidos para la etapa del adulto. Definiendo adulto como aquel individuo hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una

conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras. Izquierdo (2005)

Ya teniendo claridad del término de adulto, se presenta a continuación los factores más representativos asociados al suicidio; en donde los trastornos psiquiátricos; principalmente la depresión y los trastornos del humor, son el factor más influyente en la toma de decisión del suicidio Harris, Barraclough (1997); El uso de sustancias adictivas, particularmente el alcohol, sobre todo la dependencia, está fuertemente asociado con el riesgo de suicidio. La gravedad del trastorno, rasgos de personalidad de agresividad e impulsividad y falta de esperanza, parece ser que predisponen al suicidio. Principales factores precipitantes son la Depresión y los eventos estresantes de la vida, sobre todo el término o quiebre de relaciones interpersonales Conner (2004); el cual ha sido encontrado en la sangre hasta en el 33 % de autopsias de sujetos fallecidos por esta causa. Puentes-Rosas, López-Nieto, Martínez-Monroy (2004)

Además, se cree que el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios. Según estudios, tienen seis veces más riesgo de suicidio que en la población general. Siendo los hombres de mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental, con problemas económicos y/o laborales y aislados socialmente, la población que tiende con más frecuencia a optar por el suicidio. El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del ánimo, trastornos de personalidad, intentos autolíticos previos o trastornos del control de impulsos. Inskip (1998).

Otro factor, es el asociado a padecimientos físicos, sobre todo cuando ocasionan dolor crónico, desfiguración o pérdida de la funcionalidad Hirschfeld, Davidson. (1988)

También encontramos una clara relación entre el suicidio y los trastornos anímicos, puesto que la Depresión es el Trastorno del Ánimo más frecuentemente asociado con suicidio y uno de los factores de riesgo más importante, sin dejar de lado, el relacionado con el alcohol. Se encuentra que cerca del 30% de las muertes por suicidio había sido diagnosticado con un Trastorno Depresivo Primario (Kaplan y Sadock; citado por Cavanagh 2003), aunque otros estudios hablan de más de la mitad de los casos.

Finalmente, los factores de riesgo suicida incluyen antecedente de autolesiones anteriores, antecedentes familiares de suicidio, enfermedad de inicio temprano y aumento de la gravedad de los síntomas de trastorno depresivo, (incluyendo desesperanza), episodios mixtos, cicladores rápidos, trastornos psiquiátricos comórbidos y el uso indebido de alcohol o drogas (Hawton 2005).

Al finalizar la revisión teórica del significado del suicidio desde los enfoques y factores se procede a describir cual es el procedimiento para dar respuesta a los vacíos teóricos encontrados, esto a partir de la búsqueda de unas categorías que la identifiquen y con ayuda de la experiencia de profesionales especializados en este campo.

Marco Metodológico

Diseño de investigación

Teniendo en cuenta que el objetivo general de la investigación es aclarar los vacíos teóricos que se encontraron en la búsqueda bibliográfica, es necesario que se identifique el tipo de diseño de investigación se realizó en dos fases: documental y cualitativa. A continuación, la descripción de cada una de ellas:

La primera parte corresponde a un diseño de investigación documental, el cual permite delimitar el objeto de estudio y constatar el estado en que se encuentra, permitiendo establecer la importancia de la investigación Rodríguez, Valledoriola; asimismo Amador (1998), afirma que dicho diseño comprende tres etapas: *a). Consulta documental, b). Contraste de la información y c). análisis histórico del problema.* Además, Latorre, Rincon y Arnal (2003) a partir de Ekman (1989) define este diseño como un proceso dinámico por medio del cual se recolecta, clasifica, recuperan y distribuyen la información.

La segunda parte de la investigación corresponde a una aproximación cualitativa, por medio de la cual se abordan expertos desde cada una de las perspectivas ahondadas, con el fin de aclarar dudas que en la literatura no se enfatiza. Por esto se analiza la investigación cualitativa de tipo fenomenológico el cual centra la atención en las relaciones y los roles que desempeñan las personas en su contexto cotidiano, en donde el investigador interpreta la forma como se interrelacionan socialmente hablando, sus actividades y pensamientos, además de cómo manejan las diferentes problemáticas, en síntesis este diseño de investigación se fundamenta en establecer como el hombre constituye su cotidianidad a partir de las relaciones intersubjetivas, pero teniendo en cuenta las contradicciones que las diferentes culturas tienen consigo. Stracuzzi y Martins (2012); lo anterior se establece a través del análisis del discurso con categorías preestablecidas y emergentes, pues se sabe que la investigación cualitativa está orientada al estudio de la realidad social, en donde para este caso se hace una recolección de información como anteriormente fue mencionado, analizándola de forma sistemática, orientando dichos discursos a generar constructos y establecer relaciones entre lo investigado y lo encontrado en la literatura, para así constituir una metodología coherente a la teorización; entendiendo sistematización como la información

interconectado de elementos. Goetz y LeCompte (1981). Esto con el propósito de complementar cada uno de las literaturas que aquí se tuvieron en cuenta para el desarrollo de dicha investigación.

Procedimiento

Para el desarrollo de esta investigación fue necesario ahondar en diferentes investigaciones las cuales contribuyeron en la sustentación y profundización conceptual del suicidio, por lo anterior se relacionan cada una las de las investigaciones así:

Para desarrollar la profundización en cuanto a las estadísticas mundiales de los incrementos del suicidio a lo largo de la historia, fue necesario citar al autor Guillermo Augusto Ceballos (2011) quien lleva a cabo investigaciones acerca de los factores asociados al suicidio tanto en niños y adolescentes como en adultos y ancianos específicamente en el departamento del Magdalena y Santa Marta; también se encuentra Guibert (2003) quien contribuye con la determinación de cuáles son las edades que tienen mayor riesgo de suicidarse y con qué frecuencia se puede presentar esto, por lo que concluye que los rangos de edades que más tienen probabilidades de suicidarse son entre los 15 y 29 años de edad. Para complementar este primer apartado se tienen en cuenta la investigación que fue liderada por la Organización Mundial de la Salud publicada en el 2014, en la cual se halló el índice estadístico de las mujeres que consumaron el suicidio, además de reiterar que las mujeres tienen un mayor número de intentos a diferencia de los hombres que es más probable que consuman dicho acto, también encuentran que para la cultura China esta condición cambia, puesto que encuentran que las mujeres dentro de esta región son la población que más tiende a suicidarse; lo anterior es reiterado por el autor González Veiguela (2012) el cual aporta al estudio anteriormente descrito por la OMS que la población China tenía el componente diferencial en la cultura, razones por las cuales sustentan las razones por las que las mujeres tienen un mayor índice de suicidio que los hombres, en dicha país.

Continuando con esta línea, para este mismo año (2014) se encuentran investigaciones que fueron llevadas a cabo por el autor Serrano en la población Colombiana, quien en su estudio documento 45 casos de suicidio entre el 2004 y 2014 con la contribución de las Universidades Los Andes, La Javeriana, La Manuela Beltrán y la Santo Tomás, en la cual se encontró que el 62.2 % de las personas que se suicidaron en estos años fueron jóvenes entre 19 y 22 años de edad, además de confirmar la ponencia realizada por la OMS en donde los hombres suelen suicidarse más que las mujeres y contradiciendo lo que fue encontrada en la población China. Para finalizar El Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia (CRNV) del Instituto Nacional de Medicina

Legal y Ciencias Forenses a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVELCE) encuentran tras la realización de censos las ciudades colombianas en donde se puede evidenciar con mayor claridad el índice del suicidio de las personas, así como también lo reitera la publicación emitida por el Tiempo en el 2015, en el cual se pueden encontrar las cifras del suicidio actualizadas.

Con el fin de dar continuidad al objetivo principal de esta investigación de clarificar el término del suicidio y fundamentalmente en el apartado de la revisión conceptual se tienen en cuenta autores como Baca, Blasco, Díaz y Vega los cuales afirman que el suicidio ha sido influyente en varias épocas, sociedades, culturas y regiones; lo que quiere decir que este término ha tenido varias interpretaciones a lo largo de la historia fundamentalmente en la Edad Media, Roma, en el siglo XVIII y aun así en el siglo XIX; también se tuvo en cuenta el diccionario etimológico quien muestra la raíz del término. Para finalizar este apartado se tuvo como autor principal a Emile Durkheim, quien es la persona que, tras varias investigaciones realizadas a lo largo de su vida, concluye que la problemática del suicidio debe de ser vista como una problemática social más no individual como era visto anteriormente.

En cuanto a la revisión histórica por la que ha atravesado este término se tuvieron en cuenta autores tales como López, Hinojal y Bobes; quienes han aportado con sus investigaciones como era visto el suicidio y qué consecuencias tenía una persona que opta por esta alternativa en épocas anteriores. También filósofos tales como Diógenes, Menedemo, Metrocle, Platón, entre otros los cuales brindaban la concepción que se tenían del suicidio; en donde para este momento mucho de esas percepciones han desaparecido de acuerdo a los avances que se ha tenido frente al término.

Con respecto a las variaciones a nivel de las creencias se tuvieron en cuenta autores como San Agustín IV, David Hume, Montalbán, Ernest Best, el Papa Juan Pablo II, Santo Tomás de Aquino, Michael Martin, entre otros, en donde se pueden identificar varias perspectivas acerca del término del suicidio, además de las transformaciones que pudo llegar a tener a lo largo de la historia. Es por esto que como punto significativo para esta investigación es cómo el cristianismo ha cambiado la interpretación del acto suicida y cómo es entendido hoy en día, así mismo, se reitera que la trayectoria del suicidio ha existido a lo largo de la humanidad, y que dependiendo de la cultura a la que se haga referencia puede considerarse como heroico, sacrificio o como forma negativa.

El siguiente punto hace referencia a los autores que fueron tenidos en cuenta para la profundización del suicidio en los diferentes enfoques psicológicos y otras disciplinas; los cuales fueron categorizados. Es por esto que se nombraran inicialmente los autores que fueron tenidos en cuenta para la postura médica y/o biológica. Para Garduño, Gómez y Peña el acto suicida hace referencia a los antecedentes familiares, los cuales a su vez están relacionados con los bajos niveles de serotonina, la anterior fue determinada gracias a una investigación que se llevó a cabo con la participación de gemelos. Al mismo tiempo para Bobes, González y Sáiz en la realización de su libro de la prevención de las conductas suicidas encontraron que la conducta suicida se da en un 90% en las personas que padecen de enfermedades mentales, lo anterior es ratificado por Baader, Ritcher y Mundt además de Martín Nizama Valladolid en su artículo nombrado El Suicidio en el 2011

Por otro lado, se encuentra el psiquiatra Carlos Alberto Miranda el cual aporta a las investigaciones anteriores, con la descripción de dos índices con los cuales se puede determinar el suicidio: uno es en la adolescencia y el otro es ya en la adultez avanzada, más aún cuando hay una enfermedad terminal.

Al mismo tiempo fue consultado el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM - V, el World Federation for Mental Health, World Health Organization (WHO) y por último La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)

En cuanto a los autores que se relacionaron en esta investigación para la postura psicoanalítica están Freud con su obra “Más allá del principio y el placer”, también Karl Menninger quien se encargó de redefinir la postura que impuso Freud, redefiniéndola y estableciendo tres conceptos que se presentan en el sujeto que tiene pulsión hostil o conducta suicida: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir, otro de los autores significativos para este apartado fue Sarnet y Bemporad, el cual describió el suicidio de una persona dentro de cuatro categorías, finalmente se menciona a Karen Horney consideraba que la conducta suicida de una persona es desarrollada a partir de los primeras experiencias que tiene el niño.

Para la postura psicosocial se tuvieron en cuenta autores tales como Carnoma, quien logra redefinir el significado del suicidio, afirmando que este depende del contexto cultural y la organización social, que si esto no se tiene en un nivel balanceado puede convertirse en una fuerza autodestructiva; por otro lado se encuentra el informe mundial sobre violencia y salud de la OMS

Krug, Dahlberg, encontraron que el suicidio en muchas ocasiones (tras llevar a cabo algunas investigaciones) era confundido con el agredir a otras personas, por lo que construyen una definición de la violencia; lo anterior es apoyado por Mercy, Zwi, y Lozano; en cuanto a Canetto y Lester; llevan a cabo investigaciones las cuales les permiten proponer el suicidio bajo categorizaciones, basándose en el daño autoinfligido de la persona que consuma el acto; Ministerio de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz Gómez Vicepresidente de la Salud Pública y Prestación de Servicio, Luz Adriana Narváez, representante de la Unidad para la Atención de las Víctimas, entre otros.

Otro punto que debe de ser relacionado en este documento son los autores que contribuyeron en el desarrollo de la postura cognitiva, por lo cual se encuentra Edwin Shneidman quien tras investigaciones llama al suicidio como “Suicidología” encontrando que las personas que habían consumado el suicidio se tenían variables en común tales como, sentimiento de odio, resentimiento, autculpa, impulsividad, ambivalencia, entre otros; en cuanto a Beck & Brown, Beck y Freeman, Rush y Beck, Valle Nuñido y demás están de acuerdo con que el suicidio involucra dañarse a sí mismo y a los demás, terminando con vida voluntariamente.

En cuanto a la postura Neurobiológica se pueden destacar los autores Jiménez, Hidalgo, Camargo y Dulce quienes llevan a cabo una investigación bioquímica en la cual determinan que la dopamina y la serotonina son neurotransmisores con un perfil general de acciones bioquímicas, en síntesis, la disminución de la actividad serotoninérgica aumente el pensamiento suicida, además agregan que el tener bajos niveles de ácido homovanílico en el líquido cefalorraquídeo aumentan el intento de suicidio. También Engelberg lleva a cabo investigaciones relacionadas con los niveles de colesterol, para lo cual aporta que las personas que tienen bajo colesterol tienen más posibilidades de consumir el suicidio.

Proceso Cualitativo

El proceso de investigación cualitativa consiste en el estudio de la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, pretendiendo sacar provecho de las experiencias más significativas de las personas implicadas. Además, este tipo de investigación la utilización de entrevistas, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos, entre otros, los cuales describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas. Bogdan y Biklen en (1982) citado por Rodríguez, Gil y García (1996). Así mismo, existen diferentes metodologías de investigación cualitativas, entre las que se destacan, el análisis

del discurso, la teoría fundada, la etnografía y la Investigación acción participante IAP, entre otras. Adicionalmente cada una de estas puede abordarse desde un referente conceptual o metodológico que bien puede ser aquel que se soporta en el análisis a partir del construccionismo social y por lo tanto centrado en la comprensión de las experiencias y su significado, o partir de la fenomenología, en la que adicionalmente el significado se aborda para ser comprendido a partir de la revisión del sentido que dichos significados tienen para los individuos.

De acuerdo con la anterior aclaración, dentro de esta investigación fue necesario la realización de entrevistas a expertos seleccionados de acuerdo a cada uno de los enfoques o campos conceptuales en los que son expertos (histórico, religioso, psicoanalítico, entre otros), en los que se pudo evidenciar vacíos dentro de las narrativas que resultados del ejercicio de descripción de sus experiencias, el significado de estas y el sentido; puesto que para este caso el suicidio tienen amplia relación entre otras con lo cultural, siendo ellos representantes indirectos al estar inmersos en este contextos social, de la misma – la cultura. Cabe aclarar nuevamente que el diseño de esta parte de la investigación corresponde a un diseño de investigación cualitativa, mediante el método de análisis del discurso, con análisis de corte fenomenológico a partir de la información extraída a través de entrevistas semiestructuradas con categorías preestablecidas.

Descripción de Autores

Para la descripción de los autores, con el fin de conservar el principio de confidencialidad con la información, y con ello el anonimato, se acudió como estrategia creativa en la cual cada uno de los mismos se identificó a través de un seudónimo, en este caso, el de algún representante significativo del enfoque al que contribuyeron con sus relatos. Esto se presenta en detalle en la tabla 1.

Tabla 1. Descripción de los autores de acuerdo a los seudónimos asignados.

Actor	Campo conceptual	Enfoque al que Contribuye
Durkheim (Actor No 1)	Profesional en filosofía, teólogo y profesor, se ha desempeñado como docente y director del Departamento de Filosofía de la Universidad de Pamplona. quien ha dedicado muchas de sus investigaciones a los cambios que ha tenido el suicidio a lo largo de la historia.	Revisión Histórica del Concepto
Sacerdote (Actor No 2)	Sacerdote y Párroco encargado de la una iglesia católica en el sur de Bogotá. Estudió en el seminario Mayor de Bogotá, estudios en Comunicación Social (Itepal) - Periodismo digital (Universidad Católica del Norte). Diócesis de Origen: Arquidiócesis de Bogotá	Variaciones a nivel de la Creencias en la Historia

El Medico (Actor No 3)	Profesional en Medicina con especialización en Psiquiatría de la Universidad el Bosque, actualmente dedicado a la atención de pacientes con trastornos mentales.	Revisión desde la postura Psiquiátrica, Médica y Biológica
Freud (Actor No 4)	Psicólogo y Magister en Psicoterapia Psicoanalítica, Fundación de Educación Superior Nueva América con amplia trayectoria en el área clínica, catedrático de varias asignaturas del área clínica que tienen enfoque psicoanalítico, su trabajo profesional está orientado a la evaluación y atención de pacientes entre ellos con riesgo de suicidio	Postura Psicoanalítica
Socióloga (Actor No 5)	Profesional en psicología y especialista en Psicología Social comunitaria	Postura psicosocial
Engelberg (Actor No 6)	Psicólogo, Magister en Filosofía, experto en neurociencias y evaluación neuropsicológica, Docente de la Universidad Piloto de Colombia en las áreas de neurociencias, sexualidad y humanidades.	Postura Neurológica y/o Neuropsicológica

Como primera categoría de análisis se seleccionó, la Revisión Histórica del Concepto, en donde fue entrevistado el autor No 1 “Durkheim”, que para este caso correspondió a un profesional en filosofía quien tiene experiencia en el campo histórico y filosófico por su formación y conoce acerca de la procedencia y evolución del término. La entrevista tiene una duración aproximada de veinte (20) minutos, llevándose a cabo cuatro (4) preguntas, las cuales son analizadas en los cuatro llamados *Tabla. 3*.

Como segunda categoría se encuentra la Revisión de las Variaciones a nivel de la Creencias en la Historia, específicamente de la religión católica para lo cual fue entrevistado el autor No. 2 “Sacerdote”, de una de las iglesias de la ciudad de Bogotá. La duración aproximada de esta entrevista fue de treinta (30) minutos, en donde se llevan a cabo tres (3) preguntas, las cuales pueden ser encontradas en la hoja de *Tabla. 3*.

Como tercera categoría se encuentra la Revisión desde la postura Psiquiátrica, Médica y Biológica, en donde fue entrevistado el actor No. 3 “Médico”, profesional en Medicina con especialización en Psiquiatría de la Universidad el Bosque, actualmente dedicado a la atención de pacientes con trastornos mentales. La entrevista tiene una duración aproximada de cuarenta (40) minutos, en donde se llevan a cabo cuatro (4) preguntas, las cuales se encuentran en *Tabla. 3*.

Para la cuarta categoría se tiene en cuenta la postura Psicoanalítica, para lo cual fue entrevistado el actor No. 4 “Freud”, quien es profesor de la Fundación de Educación Superior Nueva América y tienen amplia trayectoria en terapia y evaluación psicoanalítica, esta entrevista tiene una duración aproximada de 25 minutos, en donde se llevaron a cabo tres (3) preguntas. El análisis de esta entrevista se encuentra dentro de la hoja de *Tabla. 3*.

En cuanto a la quinta categoría se encuentra la postura psicosocial, para aclarar dichas dudas frente a esta postura se entrevista al actor No. 5: “Socióloga”, quien es profesional en psicología y especialista en Psicología Social comunitaria, se llevan a cabo tres (3) preguntas, que tienen una duración aproximada de treinta (30) minutos. Puede encontrar el análisis de esta entrevista dentro del apartado *Tabla. 3*.

Finalmente se encuentra la sexta categoría la cual corresponde a la postura Neurológica y/o Neuropsicológica, siendo entrevistado al actor No. 6 “Engelberg” para esta categoría fue abordado uno de los docentes de la Universidad Piloto de Colombia, al que se le realizaron cinco (5) preguntas con una duración aproximada de treinta (30) minutos.

Resultados Fase 2

De acuerdo con el objetivo de la segunda parte de este proyecto de investigación, que se centró en el análisis del conocimiento de expertos en cada una de las áreas identificadas, A continuación, se presenta el modelo de análisis cualitativo empleado y en función de esto los resultados encontrados.

Tal y como se mencionó en el marco metodológico, el análisis se basó en un abordaje de orden fenomenológico con la técnica de entrevista semiestructurada. Se retoma en función de ello, la estructura de la misma, y a partir de ella el orden de los hallazgos, como se presenta a continuación.

OBJETIVO GENERAL	No.	ENFOQUES	AUTORES REFERENCIADOS	CONCLUSIÓN GENERAL DEL HALLAZGO	PREGUNTAS ORIENTADORAS A LOS VACÍOS ENCONTRADOS	RESPUESTAS	CONCLUSIONES	CONTRADICCIONES	COHERENCIAS	NUEVOS INTERROGANTES	OBSERVACIONES SOBRE EL ANÁLISIS
Clarificar el concepto de ruido a partir de una revisión exhaustiva de fuentes conceptuales, antecedentes y evidencia directa a través de entrevista a expertos	REVISIÓN GENERAL DESDE EL ORIGEN DEL CONCEPTO	Revisión histórica del Concepto									
	REVISIÓN DESDE LA TEOLÓGICA - EXISTENCIALISMO	Revisión de las variaciones a nivel de las creencias en la historia									
	ABORDAR DESDE LOS DIFERENTES ENFOQUES PSICOLÓGICOS	Revisión desde la postura psiquiátrica, médica y biológica									
		Revisión de la postura Psicoanalítica									
		Revisión de la postura Psicosocial									
		Revisión de la postura Neurobiológica o neuropsicológica									

Tabla No. 2. *La Aproximación a la Verdad*

Las entrevistas semiestructuradas realizadas a los expertos en cada enfoque, se incluyeron en la matriz relacionada anteriormente, allí se transcribió toda la información recolectada, Para cada una de las categorías de acuerdo a lo sugerido por el modelo, se presentan las interpretaciones basadas en los consensos y las contradicciones. A partir de ellas identifican posibles categorías emergentes. como se presenta a continuación:

MATRIZ DE RESPUESTAS, CONCLUSIONES, CONTRADICCIONES Y COHERENCIAS DE LAS ENTREVISTAS A EXPERTOS			
ENFOQUE	CONCLUSION GENERAL DEL HALLAZGO	PREGUNTAS ORIENTADORAS - DIRIGIDAS A LOS VACIOS ENCONTRADOS	RESPUESTAS
Revisión histórica del Concepto	En este primer apartado, se encuentra una aproximación de lo que es el suicidio, en qué momento se da inicio al mismo, a partir de que miradas se puede trabajar y algunas de las transformaciones de dicho acto.	¿cuál ha sido la concepción que se ha tenido del suicidio a lo largo de la historia?	<p>Antes de hablar cuál ha sido la concepción del suicidio es importante aclarar que el suicidio da nombre a varias categorías y puede llegar a ser polisémico (es decir que tienen varios significados) debido a que no existe una única nomenclatura aceptada para este concepto. Sin embargo, etimológicamente podemos concluir que la palabra suicidio proviene del latín, de las expresiones latinassui (sí mismo) y caedere (matar), lo que viene a significar "matarse a sí mismo". Ya teniendo la base etimológica se dice que este término es relativamente reciente, pues en la lengua anglosajona apareció en el siglo XVII, en la literatura francesa en el siglo XVIII, y en castellano en 1772 aproximadamente, que si no estoy mal aparece en la obra titulada "La falsa filosofía y el ateísmo" de fray Fernando de Ceballos. Por esto y varios autores la concepción de la palabra ha sufrido varios cambios pues, anteriormente se podía decir que lo tomaban como heroico y otras culturas lo rechazaban. Aunque hoy en día es claramente rechazado, aunque esto se le puede atribuir a la religión católica específicamente por temas de que si te suicidas vas al infierno y esas cosas, pero no se puede tener una sola concepción de esta palabra.</p>

Revisión histórica del Concepto		¿en algún momento ha variado dicha concepción? ¿qué diferencias encontrado y por qué?	Como lo nombraba anteriormente la concepción de esta palabra si ha variado a lo largo del tiempo sobre todo en la religión, pues según estos si te suicidas vas al infierno y no tienes perdón divino en fin, pero más allá de esto recordar que antes se veía como algo heroico, aceptado y ahora no, aunque no estoy diciendo que siempre fue heroico en algunas culturas a lo largo del tiempo siempre fue y será rechazado, como por ejemplo en la Grecia clásica que era algo indigno y vergonzoso y en Atenas los cuerpos de las personas que se habían suicidado no se enterraban en los cementerios porque se consideraban impuros y así puedo dar muchos ejemplos
Revisión histórica del Concepto		¿A qué causas se la ha atribuido y por qué?	Anteriormente según la cultura de la que estemos hablando el suicidio era atribuido a la brujería, al hecho de faltarle a su esposo, por las guerras, por las condiciones económicas por vergüenza a algo, entre otras y hoy en día se le atribuye a todo (jajaja) por aquello de la transformación de la sociedad misma, pero sobre todo a problemas económicos, sentimentales y por algún dolor extremo.
Revisión histórica del Concepto		¿Qué autores representativos, considera que han favorecido significativamente la comprensión de este fenómeno?	Bueno por lo que he investigado acerca del suicidio no tengo claro un nombre de un autor que haya favorecido el poder entender este fenómeno, pero si puedo atribuir muchos de los hallazgos que se han encontrado al pionero Durkheim puesto que, da la posibilidad de poder ver esto del suicidio desde otra perspectiva desde algo social y desde allí mucho lo siguieron.

ENFOQUE	CONCLUSION GENERAL DEL HALLAZGO	PREGUNTAS ORIENTADORAS - DIRIGIDAS A LOS VACIOS ENCONTRADOS	RESPUESTAS
Revisión de las variaciones a nivel de las creencias en la historia	Teniendo en cuenta la literatura que fue encontrada para la realización de este apartado se afirma que la idea principal es que desde la antigüedad los creyentes en un ser supremo, para este caso Dios rechazan el hecho de que una persona se quite la vida, lo anterior debido a que manifiestan que es una de las ofensas más graves que se le puede hacer a Dios creador de la vida, siendo un tributo a el mal.	¿con que se equipara el suicidio en la religión? (a que es equivalente)	<p>Yo resumiría, Según Nietzsche, una frase de él que dice: "El suicidio es la muerte de Dios", porque partimos del hecho fundamental, que en el alma nuestra habita Dios y en nuestro cuerpo habita Dios.</p> <p>Cuanto tu truncas y das una finalización a las reacciones Químicas de tu cuerpo obviamente es como si estuvieras asesinando esa presencia de Dios y trunca y cierras el proyecto de Dios, es una (no sé qué figura utilizar o qué metáfora), es una decepción en la esperanza, realmente, porque ninguna persona se suicida, teniendo esperanza, por eso yo en lo religioso, encuentro una de las virtudes más bonitas, y poco se ha investigado sobre la esperanza, eso es lo que lo mantiene a uno vivo. ¿qué te hace a ti levantarte en la mañana?, la esperanza, Según un poeta francés que decía, "La esperanza es una niña con problemas de crecimiento", que la fe y el amor son gordas, grandes. pero que la esperanza es la que nos dice en las mañanas que vale la pena vivir.</p> <p>Es eso, pase lo que pase en cualquier situación en la que estamos, la esperanza es la que nos dice que vale la pena vivir, porque finalmente quien toma esa decisión de "suicidarse a sí mismo", Así me dijo una vez un viejito en una confesión: "perdóneme padre porque intenté suicidarme a mí mismo". No tendría como más explicarlo u otra figura, pero te diría que es la muerte de Dios, es la muerte de la esperanza en lo trascendental, esperanza en la gente.</p>

			<p>Yo nunca he pensado en suicidarme a mí mismo, otra cosa es el pensamiento "ojalá me muriera", pero ese ojalá me muriera es pensar en, no por mí mismo, sino que me acostara y... Yo creo que todos hemos pensado en algún momento en que ojalá me muriera", pero eso no está mal.</p>
<p>Revisión de las variaciones a nivel de las creencias en la historia</p>		<p>¿de dónde provienen las concepciones o atribuciones negativas del tipo "pecaminosas" o "inmorales" en las religiones frente al suicidio?</p>	<p>por un lado, proviene de toda la ley de los preceptos revelados por Dios, por ejemplo, los mandamientos, ahí está el mandamiento "no matarás".</p> <p>Como un paréntesis es una concepción. En la religión nos hizo mucho daño el dualismo (cuerpo y alma), entonces cuando hay una separación entre cuerpo y alma, Platón dijo que la cárcel del alma era el cuerpo y que había que hacer una liberación del cuerpo porque el cuerpo era lo pecaminoso y en eso se basó San Agustín, pues referenció a Platón y se metió mucho en la espiritualidad católica, de ahí proviene la autoflagelación el autocastigo, el dañar el cuerpo como para que el alma se purifique, porque el cuerpo es malo. Desde un concepto más amplio, digamos avanzando en ese concepto hay una unidad entre cuerpo y alma, todo lo que pasa al cuerpo le sucede al alma y todo lo que le sucede al alma le pasa al cuerpo, por eso cuando hablas ahí de pecaminosas. Otra razón sería el dualismo entre cuerpo y alma. no estoy solamente tratando de pensar en la religión católica si no también estoy tratando de pensar en el contexto, obviamente para otras religiones, por ejemplo, un islamista ofrendar el cuerpo, suicidarse, es un acto heroico, lo mismo los cristianos, que morían por la fe que le profeso a Jesús, eso sería un tipo diferente.</p>

<p>Revisión de las variaciones a nivel de las creencias en la historia</p>		<p>¿Cuál o cuáles son los argumentos sobre los que la iglesia asume la postura que asume frente a las diferentes formas del suicidio?</p>	<p>La iglesia dice que el dueño de la vida es Dios, y que la protección de la vida desde el inicio hasta su culminación es un deber cristiano y lo argumenta así. Lo que pasa es que ahí tendríamos que meternos a otro tema religioso que es el infierno, y muchas veces en la historia de la iglesia los que se suicidaban no tenían exequias, sino simplemente iban siendo enterrados así, porque obviamente había una condenación , entonces lo que la iglesia a nivel religioso, tal vez por miedo, porque muchas de las religiones a través del miedo afectan el comportamiento, sería el infierno, pero si yo quiero matarme y me da miedo el infierno, pues mejor no me mato. Ese es un atenuante.</p> <p>Pero de los argumentos, es, Dios el dueño de la vida a él le pertenece, nosotros somos criaturas que tenemos que dar razón de nuestra vida y obviamente un argumento es el valor de la eternidad, de lo eterno, por eso la eutanasia es una discusión muy seria frente a la persona que está en el dolor y en el sufrimiento de una enfermedad de esas críticas, la iglesia dice, No te mates, enfrenta la enfermedad y acepta los procedimientos paliativos para que se quite el dolor, pero no te mates porque te estás perdiendo la oportunidad de enfrentar la realidad y eso tiene que ver mucho el argumento con la cruz del señor, con el crucificado, con el que padeció y con el ofrecimiento del dolor, pero se asume el dolor como una fuente de salvación.</p>
--	--	---	--

ENFOQUE	CONCLUSION GENERAL DEL HALLAZGO	PREGUNTAS ORIENTADORAS - DIRIGIDAS A LOS VACIOS ENCONTRADOS	RESPUESTAS
Revisión desde la postura psiquiátrica, médica y biológica	Se puede inferir que la base del comportamiento suicida desde este enfoque tiene varias explicaciones desde la medicina y la biología, iniciando con un componente biológico en donde tiene amplia participación la Serotonina, el componente	¿Qué tanto influyen los factores genéticos en una familia con antecedentes suicidas?	Es muy compleja la etiología del suicidio puesto que existen muchos factores implícitos, pero cada vez se descubre un poco más los factores que están implicados genéticamente, dentro de un artículo de moléculas psiquiátrico del 2013 en el volumen 18, muestran la relación entre algunos genes especialmente el que tiene que ver con la GLUTAMATERGICA GRIN2B y los genes ODC1 que tienen que ver con los intentos de suicidio; Las asociaciones e interacciones entre estos genes y el ambiente pues tienen mucho que ver y definitivamente parece ser que estos genes en un ambiente propicio contribuyen a que se dé el suicidio. De ahí en adelante se han encontrado más asociaciones de genes como por ejemplo el SNP, SR2268115. Esto para decir que si existe una relación genética en estos grupos de familias.
Revisión desde la postura psiquiátrica, médica y biológica	hereditario que hace que los pacientes no respondan adecuadamente a situaciones que afecten su emocionalidad, por el contrario, son más	¿Es posible desarrollar conductas suicidas cuando aparentemente no se padece una enfermedad mental? ¿y en ese caso a que se le atribuye?	Si es posible desarrollar conductas suicidas, sin embargo no tengo con qué frecuencia esto se presenta; pero por la experiencia que tengo he visto que cuando un paciente pide la eutanasia por enfermedades crónicas como lo es el cáncer, por el dolor extremo, tiende a que el paciente opte por suicidio porque el dolor es incontrolable, lo que hace que el paciente tome esta conducta independientemente de que este tenga una enfermedad mental, también es frecuente este tipo de patologías, especialmente las asociadas con el dolor intenso.

<p>Revisión desde la postura psiquiátrica, médica y biológica</p>	<p>impulsivos y agresivos. Finalmente, las enfermedades terminales y las mentales aportan un cambio físico muy fuerte en las personas, las consecuencias del padecimiento de los síntomas y los trastornos del estado de ánimo conllevan a desear una muerte rápida y sin dolor.</p>	<p>¿las conductas suicidas se podrían explicar por cambios médicos (genéticos, ambientales, etc.)?</p>	<p>Pienso que cuando hay un cambio en alguna esfera del ser humano, vale la pena decir cuando este sale de su estado de confort el paciente tiende a cambiar sus actitudes, sus actos y conductas y dependiente de su engranaje frente a la situación de su inteligencia frente a asumir situaciones adversas, podrá salir o podrá simplemente entrar en una fase de intento o de suicidio al no poder solucionar su situación. Lo anterior lo puedo ver en la consulta diaria como por ejemplo pacientes que han perdido el empleo, entran en un cuadro de depresión que evolutivamente lo conduce a una depresión mayor, siendo esta depresión lo lleva a unas ideas suicidas que si persisten podrían llevarlo al acto como tal, este ejemplo por lo generar que puede ver con más frecuencia en personas mayores (adultos). En cuanto a los factores ambientes tienen que ver también, como por ejemplo las personas que han estado en un ambiente carcelario, siendo este entorno muy hostil, agreste; hacen que se tome este tipo de conductas; y desde el punto de visto medico como ya fue mencionado anteriormente, se puede denotar más en las enfermedades catastróficas o algunas situaciones de accidentes súbitas, algún trauma, alguna deformidad; hacen que estos pacientes tengan estas ideas y consuman el suicidio. Pero en definitivo pienso que si se puede atribuir el suicidio a cambios no solo genéticos sino también a cambios ambientales.</p>
---	--	--	---

<p>Revisión desde la postura psiquiátrica, médica y biológica</p>		<p>¿cuál o cuáles - en caso de que exista - es la enfermedad mental en la que aumenta considerablemente la probabilidad de suicidarse, Por qué? O ¿qué nos podría decir al respecto?</p>	<p>En cuanto a la última pregunta, y por la experiencia que puedo llegar a tener pienso que existen dos enfermedades predominantes, pero en especial la depresión mayor y el trastorno bipolar entendiendo este último que lleva el sujeto a la fase depresiva; esto es lo que uno ve con más frecuencia en la práctica clínica diaria, entendiendo esta depresión con lo que comente en la cuestión genética, puesto que tienen que ver con el gen del triptofano hidroxilasados, ese gen es la fase depresiva hace que se limite la velocidad de la producción de la síntesis de la serotonina, lo que hace que el paciente entre en esos cuadros depresivos profundos y por ende lo llevan a las ideas suicidas y por ultimo al suicidio como tal.</p> <p>Por lo general el paciente con depresión menor tiende a pasar a ser un paciente con depresión mayor y si no se controla el ciclo de estas personas pueden llegar a la fase final que es el suicidio; lo mismo que el bipolar en la fase depresiva puede llegar al suicidio. Es importante destacar que no solo estas dos enfermedades pueden ocasionar el suicidio en una persona existen muchas más enfermedades, pero por la experiencia en la práctica estas son las dos enfermedades predominantes.</p>
---	--	--	--

ENFOQUE	CONCLUSION GENERAL DEL HALLAZGO	PREGUNTAS ORIENTADORAS - DIRIGIDAS A LOS VACIOS ENCONTRADOS	RESPUESTAS
Revisión de la postura Psicoanalítica	<p>En síntesis, el psicoanálisis afirma que el suicidio es la forma de castigar al otro, es el producto de la autodescripción y que dicha conducta está presente en todas las personas; y que muchas de ellas se suicidan por diferentes razones, como lo son la presión de la sociedad, por cómo se desarrolló la infancia, por castigar a el otro, entre otras razones.</p>	<p>Si el suicidio está integrado por sentimientos de culpa ¿Porque los individuos que cometen actos culposos no se suicidan?</p>	<p>El suicidio tiene muchos componentes, si la mirada está dispuesta en causas y efectos, muchas personas podrían llegar a suicidarse, pero no realizan el acto, entraríamos a hablar la culpa "suficiente" para consumir el acto suicida, no creo que la medición este en estos términos. Aceptar que la culpa es una "causa"... diríamos que Judas se Suicidio por culpa? ¿o por consecuencias?, el Hara-kiri o Seppuku es una medida de culpa? ¿la culpa que mencionas tiene un componente moral, social, cultural, personal, religioso, físico, biológico, de trastorno, de complejo, de fijación, de enfermedad, etc, etc, etc?, aseveras que el suicidio está integrado por sentimientos de culpa, quizás en el caso de Garavito, sólo en una pequeña medida tendríamos culpa para la ideación suicida según el mismo Garavito. Atentar contra la vida propia implica no tener nada que los aferre a este "mundo" para que el acto sea consumado realmente. Existe el instinto de supervivencia que pueda ser más fuerte que la culpa misma.... sí operacionalizaras la culpa, en qué términos lo harías?, ¿la culpa de un colombiano asesino sería equivalente a la culpa de un japonés?, la culpa tiene medida?, ¿remordimiento? la culpa tiene relación directa con la pena moral, ambas matan. Mueren más personas por pena moral que por culpa</p>

Revisión de la postura Psicoanalítica		Nos gustaría saber ¿cuál es la explicación para que el suicidio se considere una de las rutas para llegar a los estados de plenitud?	No es el suicidio en términos literales, sino la concepción de la muerte, como en el Hara-kiri o Seppuku. La forma de morir demarca la muerte para muchas culturas. En algunos casos, el suicidio es muy elaborado y simbólico, para quienes no denota un estado de plenitud, jamás simbolizaría su muerte. La meditación y los estados de nirvana, tienen relación con concepciones de muerte, pero no de suicidio. La idealización suicida es una cosa muy distinta a pensarse en la manera de morir por su país, la familia, el ser querido, etc. Un acto "heroico" no tiene relación directa a la ideación suicida, pero si a constructos sociales de valor. La cultura atraviesa la persona, como quienes se inmolan, para ellos si existe una plenitud por su Dios, la guerra santa.
Revisión de la postura Psicoanalítica		Si según el psicoanálisis las personas se suicidan por la presión social que pueden llegar a sentir ¿Porque para algunas personas esto no aplica, o como se puede evidenciar con claridad esto?	¿La presión social para el psicoanálisis? segura? parece una lectura más social que analítica. No existe un psicoanálisis unificado para que unifiquen esa pregunta. las ramificaciones psicodinámicas son muchas, no hablan en términos de presión social sino de neurosis, histerias, etc. A groso modo, Jung habla de arquetipos sociales y concepciones de muerte no de suicidio, Freud de etapas psicosexuales que no denotan otra cosa que una fijación, Lacan con sus tres registros (I, S, R) denotan en el lenguaje la estructura del inconsciente, nada está estandarizado para el psicoanálisis para aseverar una "presión social". Dentro del lenguaje y la cultura, desde una mirada psicoanalítica el significado y el significante aporta conceptos desde la realidad subjetiva, así como con la metáfora y metonimia. Estos cuatro elementos (significado, significante, metáfora y metonimia), son abordados de manera distinta desde la lingüística, por eso hago la claridad. El significante es propio, solo

			quien hable y quien escuche podrá distinguir lo que para uno es crucial, para otro será sólo superfluo.
ENFOQUE	CONCLUSION GENERAL DEL HALLAZGO	PREGUNTAS ORIENTADORAS - DIRIGIDAS A LOS VACIOS ENCONTRADOS	RESPUESTAS
Revisión de la postura Psicosocial	Para este apartado el suicidio es visto como una consecuencia de la mala interacción con la sociedad, además de ser este una lesión auto-infringida que no solo busca acabar con la vida de sí mismo sino también hacer daño a las personas que lo rodean. Por otro lado, tienen en cuenta el legado dejado por Durkheim quien concibe al ser humano desde una perspectiva global no por separado.	¿cuáles son los factores explicativos del suicidio desde una perspectiva psicosocial? ¿cuáles son de carácter individual? ¿cuáles están más vinculados con procesos de interacción social desde diferentes contextos?	podemos decir para el suicidio, es que, son los factores en general, lo podemos definir como la pérdida de la perspectiva de los elementos que lo rodean, es decir, el individuo como los actos sociales, el entorno, las amistades, su familia, el núcleo donde se desenvuelve, eso genera factores de riesgo de suicidio. Porque lo psicosocial lo vemos es una integración del todo, lo podemos ver como algo sistémico o algo que se está manejando desde la psicología social que es el construccionismo social, lo que queremos ver es como lo que está al rededor puede afectar el individuo. - Desde la psicosocial se ve al individuo, pero se está tratando más no el individuo como lo veíamos antes, como un sujeto o un objeto, sino que lo estamos tratando de las dos formas, o sea se está aprendiendo a ver el sujeto desde un punto a otro punto, entonces digamos que los factores individuales no siempre son un valor agregado que se le da al suicidio desde lo psicosocial, siempre se trata de mirar más allá, o sea no podemos decir que se suicidó porque se sentía mal con él, algo le generó para que la autoestima hubiera bajado o para que no tuviera tolerancia, entonces digamos que un factor individual no lo está en lo psicosocial. Lo está en el entorno, siempre ellos dejan una muestra de algo, porque si el

			<p>suicidio se completó, porque no muchas veces el suicidio no es completo, ellos intenta salir de un problema, encontrando el suicidio por el lenguaje y lo que está haciendo el individuo es escuchar, entonces volvemos a lo mismo es algo más sistémico, más de construcción social porque “este se suicidó entonces yo me puedo suicidar y es una salida”, pero no lo están viendo como un individuo, “yo me suicidé porque yo tomé la decisión” No, siempre hay un factor.</p> <p>Algo que esta generalmente ahora es el lenguaje, las redes, entonces todos esos factores son algún punto que está generando para el punto de riesgo del suicidio, entonces debemos revisar, como, con quien se relacionan, su familia, él, Su colegio o su universidad, son los factores que uno debe revisar en la persona... el que se suicidó ya no se le puede hacer, pero sí se puede mirar en la persona que está generando ciertos riesgos para el suicidio, entonces digamos que hay factores pero siempre desde lo psicosocial por eso hacemos también un trabajo interdisciplinar porque desde lo psicosocial siempre se va a ver su entorno, que es lo que se está generando para que llegue a concluir con el suicidio.</p>
Revisión de la postura Psicosocial		¿Existen indicadores - sino cuales podrían ser - que permitan diferenciar las probabilidades de suicidio de acuerdo a la edad o etapa de la vida en la que se encuentran las personas? ¿qué elementos del contexto podrían explicarlo?	<p>No hay un indicador como tal porque estamos viendo gente mayor y de la vejez que se están suicidando porque en nuestro país no hay una ley que apoye a los de la tercera edad, pero también vamos a ver a los niños, también se quedan solos en su casa, ya no está el cuidador primario entonces también generan o limitan ese contacto emocional, no tienen ese feeling con su primer cuidador porque pueden pasar de jardín a niñera. los jóvenes están en un momento en el que están solos, ellos enredaron su libertad, o sea no la</p>

			<p>entendieron, dieron una libertad y ellos no asumieron una responsabilidad, cuando a uno le dan libertad también tiene que tener responsabilidad, es como los deberes que existen porque hay unos derechos. Entonces en este momento se está viendo más en los jóvenes, por qué?, porque lo vemos en el lenguaje, eso lo volvieron fue moda, lastimarse, es como vestirse de negro, pintarse el cabello, entonces lo están volviendo como una moda "lo hizo, ay mire que se cortó las venas, hagámoslo nosotros también", pero por un lenguaje que hay que nosotros no hemos alcanzado a trabajar, o sea que hasta ahora estamos empezando a trabajar, antes se generaba casi todo en lo clínico, era un trastorno, el muchacho se suicidó porque algo le pasó, afectivo, emocional, puede ser bipolar, puede tener depresión y ahora lo estamos trabajando con los jóvenes desde la parte más de construcción social, donde está asistiendo, por qué viene, qué le pasó, qué le está pasando y no enfocararlo como un trastorno porque ya lo estamos determinando que tiene una enfermedad y que no va a poder salir de ahí, cuando no hemos mirado si, si lo puede hacer. Podemos decir que el acelere con el que viven ahora los jóvenes, los jóvenes quieren ir más allá, hay unas cosas que nos apoyan y otras que no nos apoyan, hay unas normas que nos colocan, entonces ahora los jóvenes tienen más derechos que antes, antes, la gente tenía que cumplir unos derechos y unos deberes, ahora tienen el imaginario, que la gente tiene que cumplir más deberes y no cumplir más los derechos, cuando enredaron la libertad, por ejemplo el cambio de un colegio a una universidad, por ejemplo en primero o segundo semestre que ese está generando un cambio, vemos que los jóvenes no tiene su misma personalidad, no tienen autoestima, se dejan llevar por lo que diga el otro, entonces lo que lo puede</p>
--	--	--	--

			<p>explicar es como nosotros estamos trabajando con los jóvenes en ese cambio, cuando salen del colegio sienten que ya están libres, pero, como les explicamos que hay una libertad pero también hay deberes, no podemos asumir que hay libertad sin adquirir algunas culpas.</p>
<p>Revisión de la postura Psicosocial</p>		<p>¿para una persona con tendencia suicida, Siempre es determinante el tipo de familia y la crianza?</p>	<p>No, no es determinante, porque si vamos a analizar, encontramos ONGs donde trabajan con personas que nunca han tenido relación con sus padres y son jóvenes que salen adelante. También podemos ver, jóvenes que han tenido todo en la vida, su familia, no solo económicamente sino afectivamente y no logran poder ser ellos, se sienten tan cansados de su propia vida, no podemos decir que la familia siempre es un determinante, es un factor importante a revisar cuando hay un episodio de suicidio o cuando alguien amenace con un suicidio, eso es lo primero que debemos revisar, qué está pasando, pero no podemos decir o definir que las personas que no tienen una buena crianza o que no crecieron en un contexto familiar van a tener posibilidad de suicidarse. primero, ya la familia no es como la veíamos antes (mamá, papá, hijos) desde lo psicosocial las cosas han cambiado, porque si no determinamos que la mitad de la gente se va a suicida, ya ahorita tenemos que determinar desde la parte psicosocial que la familia no la podemos definir de la forma en la que la traían los abuelos, nuestros padres, sino que puede ser mamá y papá, eso es una familia, mama - hijo, papá - hijo, mamá - mamá - hijo, papá - papá - hijo, a veces hay familias que son solo los hijos, entonces eso es una familia porque es un núcleo familiar, no podemos decir que se va a suicidar porque la crianza fue solo por la mamá. Considero que, desde lo psicosocial, es muy importante trabajar el suicidio, no porque no considere que desde los otros</p>

			<p>enfoques de la psicología no sean importantes, todos lo son, pero no nos podemos enfocar en un solo detalle, debemos ver todo para poder ayudar a esa persona, debemos encerrarlo en un solo enfoque, si ver antes todas las posibilidades que tenemos.</p>
ENFOQUE	CONCLUSION GENERAL DEL HALLAZGO	PREGUNTAS ORIENTADORAS - DIRIGIDAS A LOS VACIOS ENCONTRADOS	RESPUESTAS
Revisión de la postura Neurobiológica o neuropsicológica	<p>Los neurotransmisores más relacionados con la conducta suicida se asocia a la serotonina, además de que se encuentran niveles altos de hidrocorticoideas en personas que pretenden llevar a cabo el suicidio. Sin embargo, también se cree que se relaciona con los niveles de</p>	<p>Cuando una persona es consumidora constante de Alcohol y cigarrillo ¿incrementa el riesgo de suicidio?, ¿Por qué?</p>	<p>En algunos factores si puede llegar a influir en la decisión del suicidio, sin embargo tiene que existir una investigación previa con el sujeto, si tiene algunos antecedentes o si la conducta se ha venido presentando, recordemos que el suicidio es algo que se planea, no se da porque si, además que el alcohol específicamente es un depresor y puede llegar a tener una gran influencia a la hora de tomar una decisión como lo es optar por el suicidio, en cuanto al cigarrillo pues este es algo como más social, pero quizá si pueda llegar a ser un factor que influya. Es por esto que si puede ser un factor de riesgo mas no una causal.</p>

	colesterol y hábitos como el consumo de alcohol y cigarrillo, lo que hace que se cree, es que se presenta una disminución de la serotonina		
Revisión de la postura Neurobiológica o neuropsicológica		¿Por qué el nivel de Colesterol en el organismo aumenta el riesgo de suicidio?	<p>hay varios estudios que han intentado soportar la idea, no es unitaria la concepción de la influencia del colesterol en los estados anímicos, primero, si hay algunos estudios que lo sustentan, en el sentido en que los niveles de colesterol le afectan de manera directa el estado metabólico del cuerpo , tu sabes que el colesterol es un compuesto que finalmente se metaboliza, sobre la base del consumo diario de nutrientes, pero cuando se presentan altos niveles va a tener una serie de implicaciones fuertes en toda la estructura metabólica, tanto para la eliminación de los compuestos no deseados en el organismo como para el fluido sanguíneo, se ha intentado corroborar, yo la verdad no sé hasta dónde esos estudios se hayan comprobado de manera directa, hay líneas de investigación, no las conozco en detalle, te confieso, pero si asumo como los niveles altos de colesterol afectan básicamente los estados anímicos por varias razones, porque disminuyen el fluido sanguíneo, porque afectan los sistemas metabólicos, afectan los niveles hormonales y tú sabes que los niveles hormonales son elementos cruciales en el proceso de regulación de las emociones, no solamente el colesterol, los niveles de oxitocina, los niveles de serotonina se ven afectados, ahora, que sea un predisponente del suicidio, no es tan claro, podría ser una variable que afecta, pero tanto como decir que si se controla los</p>

			niveles de colesterol disminuye significativamente una conducta suicida o una ideación suicida, no sé qué tanto, afecta los niveles anímicos pero recuerda que no toda conducta suicida depende de estados anímicos alterados.
Revisión de la postura Neurobiológica o neuropsicológica		¿Hay una correlación representativa entre el nivel de colesterol y la serotonina, en pacientes con riesgo suicida?	son los estudios que te estaba comentando, son unos estudios en Oxford que lo determinan, recuerdo uno de Princeton, que hicieron esas correlaciones, acá me imagino que también, ustedes recuerdan que la serotonina es un neurotransmisor que va en los niveles anímicos básicamente para el aumento de los niveles de actividad cerebral y disminución de niveles de actividad cerebral, entonces, cuando no hay un buen proceso metabólico, la producción de neurotransmisores se ve afectado de manera directa, es más evidente en neurotransmisores básicos como la dopamina, la serotonina, que efectivamente pueden disminuir los niveles de actividad cerebral, dicen los estudios, como te digo no lo aseveraría de manera directa
Revisión de la postura Neurobiológica o neuropsicológica		cuando los componentes neurobiológicos del cerebro están alterados, ¿las personas experimentan impulsos incontrolables para suicidarse?	en ocasiones sí, toca definir cuáles tipos de componentes neurobiológicos de hecho, recuerda que buena parte de las conductas suicidas se asocian a estados emocionales alterados, como se asocian a estados emocionales alterados la emoción es una respuesta fisiológica al ser una respuesta fisiológica está controlada o mediada, por el sistema nervioso autónomo, esto quiere decir que a todo el tallo cerebral que va desde el hipotálamo hasta el bulbo raquídeo, eso es el por supuesto desde el compuesto amigdalino hacia abajo, esa es la casa predilecta de la serotonina, entonces sin duda algunos estados neurobiológicos pueden posibilitarlo, esto lo encuentras perfectamente por ejemplo en

			pacientes con depresiones endógenas, por esto se produce una depresión endógena por , entonces cuando se encuentran niveles alterados de serotonina se producen cuadros de depresión más altos y el problema del cuadro depresivo finalmente no es el cuadro depresivo, es la sostenibilidad del cuadro depresivo, cuando hay una depresión endógena hay que trabajar no solamente con terapia, se requiere farmacología, .
Revisión de la postura Neurobiológica o neuropsicológica		¿La deficiencia de serotonina hace a las personas más impulsivas y con mayor riesgo a suicidarse?, por favor describa como se presentan estos cambios.	sí, claro que sí, bajos niveles de serotonina afectan los estado depresivos que son el disparador más fuerte de las la ideaciones suicida, la ideación suicida es una ideación cognitiva, si el sujeto que presenta una ideación suicida planea considera las variables, empieza a generar ciertos escenarios donde empieza a avisar que... pues empieza a despedirse de la gente, empieza a ser cariñoso en ciertas condiciones, empieza a reglar sus condiciones antes de irse etc., entonces hay que pararle bolas a eso, si hay componentes básicos cuando las depresiones son endógenas como te decía hace un ratico, cuando son respecto a los niveles de serotonina. . básicos cuando las depresiones son endógenas como te decía hace un ratico, cuando son respecto a los niveles de serotonina.

Tabla No. 3. Matriz de respuestas, conclusiones, contradicciones y coherencias de las entrevistas a expertos.

Proceso de Análisis de las entrevistas

En cuanto al análisis de la información recolectada para aclarar los vacíos encontrados en cada enfoque, como se mencionó previamente se recurrió al método de análisis del discurso desde una perspectiva fenomenológica, de orden cualitativo, las investigaciones basadas en este método, buscan actores que conozcan a profundidad un concepto, el discurso o el aporte que pueda brindar cada actor está basado en las experiencias vividas por una persona, además de los aspectos individuales y subjetivos, que para este caso reflejan la opinión desde el trabajo que han desempeñado en la intervención de casos de suicidio. Creswell, (2007)

En cuanto al instrumento utilizado para hacer la recolección de la información, fue diseñada una entrevista semiestructurada. Esta técnica cualitativa de dialogo, se caracteriza porque se utiliza una guía de preguntas orientadoras que facilita la profundización en un tema específico, adicional a esto, permite impedir en lo posible que la conversación se desvíe a tal punto que no sea del interés de los investigadores. Universidad del Bío-Bío, (2008). En las entrevistas diseñadas para cada enfoque se elaboraron unas preguntas orientadoras que buscan aclarar los vacíos teóricos encontrados, teniendo en cuenta los autores y conclusión final expuesta después de una revisión bibliográfica exhaustiva.

Con respecto a la organización de las categorías iniciales, durante la búsqueda de conceptos se evidenció que en las investigaciones siempre se abordaba en algunos apartados la definición desde diferentes posturas y trayectoria, por lo que surgen las siguientes categorías: Revisión histórica del Concepto, Revisión de las variaciones a nivel de las creencias en la historia, Revisión desde la postura psiquiátrica, médica y biológica, Revisión de la postura Psicoanalítica, Revisión de la postura Psicosocial, Revisión de la postura Neurológica o neuropsicológica, Revisión de la postura sistémica, Revisión de la postura Cognitiva.

Para realizar el proceso de análisis de cada categoría se llevaron a cabo entrevistas con expertos especializados en el suicidio, ya con las respuestas de cada uno se realizó un análisis de los consensos y disensos versus el abordaje bibliográfico que se realizó, para obtener nuevos interrogantes.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados para cada una de las categorías de análisis de la investigación, las cuales fueron mencionadas en la matriz correspondiente, procedentes de la primera fase.

Primera categoría, que corresponde al componente histórico o de revisión histórica, las respuestas del entrevistado, a partir de esta categoría revelaron lo siguiente: En su presentación del tema a partir de las preguntas se observa particularmente un énfasis en lo estipulado por la historia, sin asumir una postura crítica y ubicándola como eje central para la comprensión del problema. Sus respuestas resultan coherentes respecto al dominio conceptual del mismo, enfatizando en el origen del término, y su evolución.

Actor 1 - Durkheim: *“es importante aclarar que el suicidio da nombre a varias categorías y puede llegar a ser polisémico (es decir que tienen varios significados) debido a que no existe una única nomenclatura aceptada para este concepto. Sin embargo, etimológicamente podemos concluir que la palabra suicidio proviene del latín, de las expresiones latinas sui (sí mismo) y caedere (matar), lo que viene a significar "matarse a sí mismo".*

Adicionalmente, en sus respuestas se observa, a pesar de estar respondiendo sobre las concepciones del suicidio que en sí mismo implica bajo diferentes perspectivas la finalización de la vida por parte del mismo, el énfasis para el entrevistado está en el significado cultural de la muerte, independientemente de que sea o no ocasionada por el mismo sujeto.

Actor 1 - Durkheim: *“...por esto y varios autores la concepción de la palabra ha sufrido varios cambios pues, anteriormente se podría decir que lo tomaban como heroico y otras culturas lo rechazaban. Aunque hoy en día es claramente rechazado, aunque esto se le puede atribuir a la religión católica...”*

Como otra de las contradicciones que se identifican en el caso de este experto en la categoría que le corresponde, se encuentra que no hay claridad sobre la noción de religión al asociar a religión exclusivamente lo formulado por la religión católica, excluyendo frente a un hecho como el suicidio en este aspecto, otros elementos relacionados con la espiritualidad de las personas. Adicionalmente sus respuestas tienen una carga emocional en la que no es muy claro qué tan involucrado se siente con la problemática, podría eventualmente inferirse que le resulta indiferente.

Actor 1 - Durkheim: *“...Anteriormente según la cultura de la que estemos hablando el suicidio era atribuido a la brujería, al hecho de faltarle a su esposo, por las guerras, por las*

condiciones económicas por vergüenza a algo, entre otras y hoy en día se le atribuye a todo (jajaja) por aquello de la transformación de la sociedad...”

No es claro, si esto quizás esté asociado – y esta asociación se hace como una inferencia deliberada a partir de su postura religiosa – a que desde sus creencias la visión es negativa y por lo tanto cualquier forma de explicación, le resulte poco relevante, y más relevante resulte la argumentación dirigida a la preservación de la vida y adicionalmente, no la comprensión del suicidio o el fenómeno. Como resultado de este análisis surge el siguiente interrogante. ¿existe un vacío en la comprensión del fenómeno desde esta perspectiva, y su interés – eventual – sólo se centra en la formulación de explicaciones causales?

Como segunda categoría, que corresponde al componente religioso, específicamente la postura desde la religión católica, las respuestas del entrevistado, a partir de esta categoría revelaron lo siguiente:

A partir de las preguntas que se hicieron al Sacerdote, Se observa que las respuestas están orientadas a una postura rígida basada en las creencias, algo incuestionable, la iglesia atribuye el suicidio a la falta de esperanza y la carencia que tienen las personas de la espiritualidad y de Dios, la explicación que se le da a decidir o no suicidarse hace referencia al temor a Dios y el castigo que pueda obtener si lleva a cabo este acto.

Actor 2 - Sacerdote: *“Cuanto tu trucas y das una finalización a las reacciones Químicas de tu cuerpo obviamente es como si estuvieras asesinando esa presencia de Dios y trunca y cierras el proyecto de Dios, es una (no sé qué figura utilizar o qué metáfora), es una decepción en la esperanza, realmente, porque ninguna persona se suicida, teniendo esperanza, por eso yo en lo religioso, encuentro una de las virtudes más bonitas, y poco se ha investigado sobre la esperanza, eso es lo que lo mantiene a uno vivo”.*

En los factores coherentes encontrados entre las respuestas del sacerdote y la literatura hace referencia a que la religión tiene una concepción negativa y pecaminosa ante este acto.

Actor 2 - Sacerdote: *“Por un lado proviene de toda la ley de los preceptos revelados por Dios, por ejemplo, los mandamientos, ahí está el mandamiento "no matarás". En la religión nos hizo mucho daño el dualismo (cuerpo y alma), entonces cuando hay una separación entre cuerpo y alma, Platón dijo que la cárcel del alma era el cuerpo y que había que hacer una liberación del cuerpo porque el cuerpo era lo pecaminoso y en eso se basó San Agustín, pues referenció a Platón y se metió mucho en la espiritualidad católica, de ahí proviene la autoflagelación el autocastigo,*

el dañar el cuerpo como para que el alma se purifique, porque el cuerpo es malo". Es ahí cuando hablas de pecaminosas.

En las contradicciones encontradas, se observa que, desde la perspectiva del sacerdote, las personas tienen una concepción según la cual, todo debe estar centrado en las creencias y que estas son incuestionables, pues el referirse a Dios y sus mandatos son una verdad absoluta que no hace daño a nadie, por el contrario, puede haber "otros" factores en la persona que generen desesperanza (como lo mencionado con el dualismo) para tomar la decisión de suicidarse.

Actor 2 - Sacerdote: *"Yo resumiría, Según Nietzsche, una frase de él que dice: "El suicidio es la muerte de Dios", porque partimos del hecho fundamental, que en el alma nuestra habita Dios y en nuestro cuerpo habita Dios"*

"La iglesia dice que el dueño de la vida es Dios, y que la protección de la vida desde el inicio hasta su culminación es un deber cristiano y lo argumenta así, Pero uno de los argumentos, es, Dios el dueño de la vida a él le pertenece, nosotros somos criaturas que tenemos que dar razón de nuestra vida y obviamente un argumento es el valor de la eternidad, de lo eterno"

Otra de las contradicciones, hace referencia a la concepción, que se tiene del amor de Dios, este está expresado en el temor (temer por miedo a no tener su amor, que no sería amor sino lo contrario). Lo que hace pensar que en realidad la religión basa su doctrina promoviendo el miedo y el pecado para justificar los actos de los creyentes.

Actor 2 - Sacerdote *"Lo que pasa es que ahí tendríamos que meternos a otro tema religioso que es el infierno, y muchas veces en la historia de la iglesia los que se suicidaban no tenían exequias, sino simplemente iban siendo enterrados así, porque obviamente había una condenación, entonces lo que la iglesia a nivel religioso, tal vez por miedo, porque muchas de las religiones a través del miedo afectan el comportamiento, sería el infierno, pero si yo quiero matarme y me da miedo el infierno, pues mejor no me mato. Ese es un atenuante"*.

La postura basada en las creencias religiosas, hace responsable a cada persona sus malos actos, entre ellas el acabar con su vida, lo que hace que vaya en contra de los principios y los valores que impone la iglesia, si esto no es así, tiene que sufrir el castigo y obtener una condena.

Como resultado de este análisis surgen los siguientes interrogantes ¿es el sujeto el responsable sólo de las "malas" decisiones - con el suicidio como una de ellas por ir en contra de los principios de la religión católica?, ¿Podría cuestionarse aquel que comparte una creencia, los

fundamentos de la misma? ¿Para incrementar el nivel de apropiación - en un sentido propositivo y preventivo - de su vida, y así generar cambios en esta que reduzcan la probabilidad del suicidio?

La tercera categoría, es la que corresponde a la postura psiquiátrica, médica y biológica. Las respuestas del entrevistado, a partir de las categorías definidas revelaron lo siguiente:

Los factores genéticos en una persona con antecedentes familiares suicidas, presentan una probabilidad alta de que se produzca esta misma conducta, sin embargo, se resalta la importancia de que, así los niveles sean bajos, cuando las condiciones del ambiente o el contexto contribuyen negativamente en las actividades del paciente, se presenta un riesgo de suicidio.

Actor 3 - Médico: *“Es muy compleja la etiología del suicidio puesto que existen muchos factores implícitos, pero cada vez se descubre un poco más los factores que están implicados genéticamente, este muestra la relación entre algunos genes especialmente el que tiene que ver con la GLUTAMATERGICA GRIN2B y los genes ODC1 que tienen que ver con los intentos de suicidio; Las asociaciones e interacciones entre estos genes y el ambiente pues tienen mucho que ver y definitivamente parece ser que estos genes en un ambiente propicio contribuyen a que se dé el suicidio. De ahí en adelante se han encontrado más asociaciones de genes como por ejemplo el SNP, SR2268115. Esto para decir que si existe una relación genética en estos grupos de familias”.*

Las coherencias encontradas según el abordaje de la teoría desde este actor, hace referencia a las condiciones biológicas que afecten al paciente, muestran una relación importante en el suicidio, una alteración en los neurotransmisores como la glutamatérgica o la producción de serotonina están presentes en un cuadro depresivo mayor, lo que aumenta la probabilidad de suicidio en gran medida. Las dos enfermedades mentales a las que se le atribuye con más prevalencia el acto suicida es la depresión mayor y al trastorno bipolar, debido a que estas están asociadas con el estado de ánimo de las personas y tienen influencia en la sustancia serotoninérgica, que para estos casos es producida con lentitud en el organismo del ser humano, teniendo como consecuencia depresiones profundas y obteniendo como resultado la consumación del suicidio.

Actor 3 - Médico: *“por la experiencia que puedo llegar a tener pienso que existen dos enfermedades predominantes, pero en especial la depresión mayor y el trastorno bipolar entendiendo este último que lleva al sujeto a la fase depresiva; esto es lo que uno ve con más frecuencia en la práctica clínica diaria, entendiendo esta depresión con lo que comente en la cuestión genética, puesto que tienen que ver con el gen del triptófano*

hidroxilasados, ese gen es la fase depresiva hace que se limite la velocidad de la producción de la síntesis de la serotonina, lo que hace que el paciente entre en esos cuadros depresivos profundos y por ende lo llevan a las ideas suicidas y por último al suicidio como tal”.

Adicional a esta se presenta una coherencia en relación con la teoría abordada, tiene que ver con las condiciones personales (cambios orgánicos) o ambientales por los que está pasando el paciente, el experto también hace referencia a las personas que padecen enfermedades terminales en las que los dolores son agudos, pues hay una tasa de prevalencia entre el 5% y el 10%, que al no encontrar una salida fácil, se produce evolutivamente un cambio en el estado de ánimo que puede llegar a ser una depresión mayor que luego se verá reflejado en intentos de suicidio.

Actor 3 - Médico: *“Pienso que cuando hay un cambio en alguna esfera del ser humano, vale la pena decir cuando este sale de su estado de confort el paciente tiende a cambiar sus actitudes, sus actos y conductas y dependiente de su engranaje frente a la situación de su inteligencia frente a asumir situaciones adversas, podrá salir o podrá simplemente entrar en una fase de intento o de suicidio al no poder solucionar su situación. Lo anterior lo puedo ver en la consulta diaria como por ejemplo pacientes que han perdido el empleo, entran en un cuadro de depresión que evolutivamente lo conduce a una depresión mayor, siendo esta depresión lo lleva a unas ideas suicidas que si persisten podrían llevarlo al acto como tal, este ejemplo por lo general que puede ver con más frecuencia en personas mayores (adultos)”.*

En cuanto a las contradicciones encontradas en las respuestas del médico, esta tiene que ver con que la bibliografía hace poca mención a los aspectos ambientales que afecten el paciente, generalmente es atribuido a una explicación biológica, pues es posible generar conductas suicidas aun si aparentemente no se presenta una patología mental. También se concluyó que, si las condiciones ambientales favorecen la interacción del paciente con la problemática, la probabilidad de suicidio disminuye.

Actor 3 - Médico: *“los factores ambientales tienen que ver también, como por ejemplo las personas que han estado en un ambiente carcelario, siendo este entorno muy hostil, agreste; hacen que se tome este tipo de conductas; y desde el punto de visto médico como ya fue mencionado anteriormente, se puede denotar más en las enfermedades catastróficas o algunas situaciones de accidentes súbitas, algún trauma, alguna deformidad; hacen que estos pacientes tengan estas ideas y consuman el suicidio. Pero en definitivo pienso que si se puede atribuir el suicidio a cambios no solo genéticos sino también a cambios ambientales”.*

La postura médica, psiquiátrica y médica ve este fenómeno pocas veces observando los cambios ambientales, es necesario concluir que, sí es posible desarrollar conductas suicidas así el paciente no presente patologías mentales (depresión o bipolaridad) que aumenten la probabilidad de suicidio, pues los factores ambientales pueden ser influyentes potenciales a la hora de que una persona tome la decisión de suicidarse, en el momento en que el paciente se encuentra desestabilizado en varios aspectos de su vida.

Como resultado de este análisis surgen los siguientes interrogantes: ¿Pueden los cambios médicos leerse y abordarse en contexto, en tanto se tengan en cuenta en ellos los factores psicológicos y sociales desde una perspectiva biopsicosocial?, ¿lleva la búsqueda de diagnósticos asociados tanto en la esfera mental como biológica, a una visión o postura reduccionista y que reduce las probabilidades de que el sujeto se apropie y haga cargo del proceso? ¿reduce la responsabilidad al individuo?

Cuarta categoría, corresponde a la postura psicoanalítica, las respuestas del entrevistado, a partir de esta categoría revelaron lo siguiente.

En relación con la conclusión que surgió del abordaje teórico realizado en el enfoque psicoanalítico y las respuestas del experto se presentan varias contradicciones, esto debido a que lo abordado allí se está expresando literalmente y no como realmente se ve en la práctica. En el psicoanálisis lo que se llama culpa es un término global que encierra cada contexto de la vida de una persona, lo que hace la diferencia entre un intento y un suicidio es el nivel de culpa que tenga la persona, además hay que observar la cultura a la que pertenece para evaluar si es un suicidio u otro tipo de acto (acto heroico).

Actor 4 - Freud: *“El suicidio tiene muchos componentes, si la mirada está dispuesta en causas y efectos, muchas personas podrían llegar a suicidarse, pero no realizan el acto, entraríamos a hablar la culpa "suficiente" para consumir el acto suicida, no creo que la medición esté en estos términos. Aceptar que la culpa es una "causa"... diríamos que Judas se Suicida por culpa? ¿o por consecuencias?, ¿el Hara-kiri o Seppuku es una medida de culpa? la culpa que mencionas tiene un componente moral, social, cultural, personal, religioso, físico, biológico, de trastorno, de complejo, de fijación, de enfermedad, etc., etc., etc.”*

En cuanto a las coherencias encontradas. En el psicoanálisis se hace un especial énfasis en el sentimiento de “culpa” cuando se habla de suicidio, esta culpa está ligada también a la moral (Superyó) que también indica a lo que está bien o no y también a un sentido que biológicamente

está en el ser humano y es el sentido de supervivencia, cuando una persona carece de este componente no tiene nada que lo sujete a la vida, por lo cual se puede producir el suicidio.

Actor 4 -Freud: *“Atentar contra la vida propia implica no tener nada que los aferre a este "mundo" para que el acto sea consumado realmente. Existe el instinto de supervivencia que pueda ser más fuerte que la culpa misma.... sí operacionalizaras la culpa, en qué términos lo harías?, ¿la culpa de un colombiano asesino sería equivalente a la culpa de un japonés?, ¿la culpa tiene medida?, remordimiento? la culpa tiene relación directa con la pena moral, ambas matan. Mueren más personas por pena moral que por culpa”.*

La primera contradicción encontrada en las respuestas del experto hace referencia a la “presión social” que se menciona en la literatura según el experto entrevistado, esta presión social en el psicoanálisis es más bien llamada “neurosis o histerias” por lo tanto el experto hizo la siguiente aclaración de estos conceptos:

Actor 4 -Freud: *“La presión social para el psicoanálisis? ¿segura? parece una lectura más social que analítica. No existe un psicoanálisis unificado para que unifiques esa pregunta. las ramificaciones psicodinámicas son muchas, no hablan en términos de presión social sino de neurosis, histerias, etc. A groso modo, Jung habla de arquetipos sociales y concepciones de muerte no de suicidio, Freud de etapas psicosexuales que no denotan otra cosa que una fijación, Lacan con sus tres registros (I, S, R) denotan en el lenguaje la estructura del inconsciente, nada está estandarizado para el psicoanálisis para aseverar una. presión social”*

Otra contradicción encontrada, fue la que se mencionó acerca de los estados de plenitud, pues en la teoría se habla de la búsqueda del equilibrio y el anhelo por llegar a los estados orgánicos (morir), estos son considerados estado de plenitud, el experto hace referencia a la diferencia que es el término a una ideación suicida, como lo explica a continuación.

Actor 4 -Freud: *“No es el suicidio en términos literales, sino la concepción de la muerte, como en el Hara-kiri o Seppuku. La forma de morir demarca la muerte para muchas culturas. En algunos casos, el suicidio es muy elaborado y simbólico, para quienes no denota un estado de plenitud, jamás simbolizaría su muerte. La meditación y los estados de nirvana, tienen relación con concepciones de muerte, pero no de suicidio. La idealización suicida es una cosa muy distinta a pensarse en la manera de morir por su país, la familia, el ser querido, etc. Un acto "heroico" no tiene relación directa a la ideación suicida, pero sí a constructos sociales de valor. La cultura atraviesa la persona, como quienes se inmolan, para ellos sí existe una plenitud por su Dios, la guerra santa”.*

Como resultado de este análisis surgen los siguientes interrogantes: para entender un poco más lo que tiene que ver con la culpa y la moral que se ve en el psicoanálisis, ¿los arquetipos sociales y las concepciones de muerte a los que hacer referencia, como aplica y cómo se pueden evidenciar con claridad estos?, teniendo en cuenta que no es claro el que se quiera regresar a los estados orgánicos ¿cómo es la búsqueda del equilibrio entre la vida y la muerte?

La quinta categoría, corresponde a la postura Psicosocial, las respuestas del entrevistado, a partir de esta categoría revelaron lo siguiente:

El suicidio, tal como lo afirmó el sociólogo Durkheim, no puede ser considerado como un acto individual, pues responde a causas en las que tiene gran influencia la sociedad. Adicional a esto, es de resaltar que el suicidio se presenta más en la época adolescente porque esta etapa de la vida está más influenciada por el lenguaje y por el intercambio permanente de información, que es cuando se interactúa con los pares; fenómenos como las redes sociales, la moda, el bullying, entre otros, generan cambios significativos que generan el riesgo para llegar al suicidio.

Actor 5 - Socióloga: *“Desde una perspectiva psicosocial se ve demasiado el entorno, entonces lo que podemos decir para el suicidio, es que, son los factores en general, lo podemos definir como la pérdida de la perspectiva de los elementos que lo rodean, es decir, el individuo como los actos sociales, el entorno, las amistades, su familia, el núcleo donde se desenvuelve, eso genera factores de riesgo de suicidio. Porque lo psicosocial lo vemos es una integración del todo, lo podemos ver como algo sistémico o algo que se está manejando desde la psicología social que es el construccionismo social, lo que queremos ver es como lo que está alrededor puede afectar el individuo”*.

Las concordancias encontradas en perspectiva psicosocial hacen referencia a todos los factores que rodean al ser humano generan un efecto en la conducta. Una persona que presenta rasgos suicidas, desde la postura psicosocial es analizada inicialmente como un todo, esto incluye cómo ha sido su interacción con el entorno, así mismo se encontró que la acumulación de estos factores negativos y la organización social se convierten en fuerzas autodestructivas que conllevan en muchos casos al suicidio, adicional a esto, se enfatiza en la poca validez que existe en la afirmación de que hayan factores individuales e internos que provoquen el deseo de morir, pues, no es posible que esas ideas provengan del individuo, siempre hay factores externos y en el contexto que generan inconformidad o presión en la que el individuo solo encuentre como “descanso” acabar con su vida.

Actor 5 - Socióloga: *“Desde la psicosocial se ve al individuo, pero se está tratando más no el individuo como lo veíamos antes, como un sujeto o un objeto, sino que lo estamos tratando de las dos formas, o sea se está aprendiendo a ver el sujeto desde un punto a otro punto, entonces digamos que los factores individuales no siempre son un valor agregado que se le da al suicidio desde lo psicosocial, siempre se trata de mirar más allá, o sea no podemos decir que se suicidó porque se sentía mal con él, algo le generó para que la autoestima hubiera bajado o para que no tuviera tolerancia, entonces digamos que un factor individual no lo está en lo psicosocial”.*

En cuanto a las contradicciones encontradas, hacen referencia a que para muchos de los enfoques se afirma que la crianza y los esquemas familiares son un factor determinante en una persona con deseos de suicidarse, según el experto, la crianza puede ser un factor, pero no es determinante.

Actor 5 - Socióloga: *“no podemos decir que la familia siempre es un determinante, es un factor importante a revisar cuando hay un episodio de suicidio o cuando alguien amenace con un suicidio, eso es lo primero que debemos revisar, qué está pasando, pero no podemos decir o definir que las personas que no tienen una buena crianza”. Con relación a lo anterior, se evidencia que en estos factores interviene mucho el cambio cultural que ha tenido el “modelo familiar”.*

Ahora las familias pueden ser monoparentales, extensas o compuestas, con vínculos afectivos seguros, sin embargo, allí también se han presentado situaciones de suicidio, la explicación es porque el contexto y su interacción no solo está integrado por la familia, además influyen factores como el lenguaje, la moda, las redes sociales y la responsabilidad con lo que se toman los cambios repentinos del ambiente.

Como resultado de este análisis surgen los siguientes interrogantes: ¿podría afirmarse que la postura psicosocial cae en un reduccionismo dogmático al centrarse exclusivamente en las explicaciones de orden social, con las interacciones entre los individuos como el único factor explicativo?, ¿qué valor y cómo se aborda desde esta perspectiva, cuando se trata de analizar al suicidio la existencia de diferencias individuales?

Para finalizar con el análisis de las categorías se procede a detallar la postura Neurobiológica / Neuropsicológica la cual revela lo siguiente;

Este enfoque hace referencia a que Para que el suicidio se lleve a cabo existen una serie de factores internos y externos que afectan a las personas, entre ellas cambios biológicos que predominan especialmente en los estados de ánimo. “Engelberg” hace referencia a que sustancias

como el alcohol, el Tabaco y el colesterol incrementan el riesgo de suicidio y además está acompañado de factores sociales que pueden estar involucrados en los cambios anímicos que se presenten. Sin embargo, estos dos factores se observan en una sola dirección, no se hace referencia a que también puede llegar a ser bidireccional, siendo el contexto la consecuencia de o a causa de unos factores se incrementa el consumo de “sustancias” nocivas.

Actor 6 - Engelberg: *“En algunos factores sí puede llegar a influir en la decisión del suicidio, sin embargo tiene que existir una investigación previa con el sujeto, sí tiene algunos antecedentes o si la conducta se ha venido presentando, recordemos que el suicidio es algo que se planea, no se da porque sí, además que el alcohol específicamente es un depresor y puede llegar a tener una gran influencia a la hora de tomar una decisión como lo es optar por el suicidio, en cuanto al cigarrillo pues este es algo como más social, pero quizá sí pueda llegar a ser un factor que influya. Es por esto que si puede ser un factor de riesgo más no una causal”*

Las coherencias encontradas en las respuestas del experto, tienen que ver con la relación de los neurotransmisores en los cambios de ánimo que se presentan en la conducta de las personas pues si se tienen bajos niveles de serotonina hay alteración del comportamiento, esto se puede notar en los mensajes que la víctima deja a la familia cuando tiene ideación suicida. Adicional a esto menciona que los cambios biológicos deben ser trabajados con terapia y con farmacología.

Actor 6 - Engelberg: *“claro que sí, bajos niveles de serotonina afectan los estado depresivos que son el disparador más fuerte de las la ideaciones suicida, la ideación suicida es una ideación cognitiva, si el sujeto que presenta una ideación suicida planea considera las variables, empieza a generar ciertos escenarios donde empieza a avisar que... pues empieza a despedirse de la gente, empieza a ser cariñoso en ciertas condiciones, empieza a reglar sus condiciones antes de irse etc., entonces hay que pararle bolas a eso, si hay componentes básicos cuando las depresiones son endógenas como te decía hace un ratico, cuando son respecto a los niveles de serotonina”.*

Las contradicciones encontradas en las respuestas del experto hacen referencia a cómo se presentan las respuestas biológicas, en primer lugar, como consecuencia o como respuesta a los eventos de naturaleza social o psicosocial o si por ejemplo con un único causante “el consumo elevado de colesterol”.

Actor 6 - Engelberg: *“sí asumo como los niveles altos de colesterol afectan básicamente los estados anímicos por varias razones, porque disminuyen el fluido sanguíneo, porque afectan los sistemas metabólicos, afectan los niveles hormonales y tú sabes que los niveles hormonales*

son elementos cruciales en el proceso de regulación de las emociones, no solamente el colesterol, los niveles de oxitocina, los niveles de serotonina se ven afectados”

Adicional a esto, los resultados y la postura que tiene el experto del tema, demuestran una postura reduccionista, pues el suicidio y los síntomas detonantes para que se lleve a cabo son el resultado de unas reacciones bioquímicas de un sistema (nervioso central, periférico, autónomo, endocrino, simpático y parasimpático). Sin embargo, este análisis no hace referencia a que al suicidio y las reacciones bioquímicas es la respuesta a los eventos sociales (factor Psicosocial) y estresores que hacen parte del contexto de una persona.

Como resultado de este análisis surgen los siguientes interrogantes: ¿se deben considerar los factores que conllevan al incremento o desbalance de las sustancias o agentes mencionados que desde el punto de vista estructural, más no funcional incrementan las probabilidades del suicidio?, ¿por qué razón, no brinda la suficiente información sobre la forma en que el organismo mismos, vinculado a sus experiencias y la forma en que las asimila, puede segregar, reducir, o aumentar la metabolización de los agentes, de forma tal que como resultado, para la experiencia cognitiva consciente, resulte en una reducción significativa de la presencia de ideas suicidas?

Luego de realizado el análisis de las categorías definidas para aclarar el concepto del suicidio se procederá a presentar los resultados y discusión de esta investigación, en este apartado se contrastan los hallazgos encontrados en la revisión teórica y lo encontrado en las entrevistas con los expertos.

Discusión

Al centrarse en el objetivo principal de esta investigación que se fundamentó en conocer el significado del suicidio a partir de un ejercicio de profundización conceptual, en el que se abordaron aspectos históricos, culturales y científicos, sobre todo para clarificar el concepto, además de identificar vacíos teóricos y dar respuesta a nuevas preguntas; se tiene en cuenta la teoría de Morín, en donde se concibe el movimiento como la forma de existir de la materia y del pensamiento, en pocas palabras es la teoría que permite ver el mundo como un todo, incapaz de detenerse ante el cambio, lo cual permite que esta investigación tenga una visión amplia que no se sesgue en encontrar una verdad absoluta, ya que como lo afirma Morín en uno de sus escritos *“el mundo como un todo está cada vez más presente en cada una de sus partes”* Pag 93 pues permite descubrir la complejidad de lo que realmente es el suicidio y asociar elementos que fueron encontrados a lo largo de esta investigación para complementar la complejidad que trae inmersa la palabra y el opta como tal, finalmente reconocer la dualidad en el seno de la unidad y ver la

cohabitación del orden y el desorden en todas las cosas. Morín citado por Pakman (1994) Por lo anterior y teniendo en cuenta los principios de la complejidad, se considera ahora la discusión de los principales hallazgos de este estudio.

De los resultados obtenidos en esta investigación se puede deducir que el término del suicidio a lo largo del tiempo, ha sufrido transformaciones en todos los entes que pretenden investigarla, concibiendo en la afirmación hecha por Morín, la cual es descrita anteriormente, y cuya falta de claridad puede reflejarse en las imprecisiones que se evidencian en los hallazgos recientes. El que más se destaca, corresponde a aquel cuyas revisiones documentales de la definición de este término, incluye, las posturas de “expertos” que han dirigido sus esfuerzos en esta misma dirección, a partir de sus vivencias, experiencias y demás.

Por lo anterior, se encontró que la literatura según el enfoque con el que se pretenda ahondar que para este caso inició con la psiquiatría, médica y biológica el suicidio ha sido atribuido en su mayoría de veces a enfermedades de salud mental tales como la neurosis, esquizofrenia, depresión, entre otras; además de factores relacionados con lo hereditario, aunque con imprecisiones acerca de comorbilidad con varios de los diagnósticos, aunque en su mayoría lo asocian con trastornos como la esquizofrenia y con trastornos del estado del ánimo, acorde a la clasificación que en cada momento histórico ha tenido el DSM. De acuerdo con lo anterior, se consultó con un experto frente al tema, con el fin de clarificar la información que fue encontrada en la literatura, para lo cual y de acuerdo con el anterior análisis de resultados se encontró para cada enfoque conceptual lo siguiente.

Para la medicina, el acto suicida es atribuido básicamente a enfermedades mentales, además de que, en cuanto a los factores genéticos, tienen gran influencia en las conductas suicidas de una persona, también que en el momento en que una persona sufre de una enfermedad que implica un gran dolor, está por lo general tiende a pensar y aun así llevar a cabo el acto suicida. Es por esto que de acuerdo a lo encontrado en la literatura y en el relato de esta persona se puede decir que si existe concordancia frente a esto.

Por otro lado se encuentra la postura psicoanalítica, para lo cual se basó en las investigaciones emitidas por el autor Sigmund Freud quien afirma que el suicidio es el producto de las tendencias autodestructivas, además de que dicho acto tiene la concepción de producirle daño a otra persona, también que la persona que lleve a cabo esto, lo hace con el fin de acabar con el sufrimiento por el cual está pasando la persona, por último que este acto se debe a las primeras experiencias del niño además de ser causadas por la religión, cultura, política, entre otras. Por esto

se consulta a un experto en materia con el fin de clarificar los vacíos que tiene la literatura frente al suicidio, sin embargo se informa a los lectores que los aportes por dicho experto brinda para esta investigación no están relacionados con la información que se encuentra para este enfoque, es por esto que no se puede llevar a cabo una comparación de la información encontrada, con la que el experto aporta; sin embargo quedan interrogantes por resolver, tales como ¿el suicidio como lo ven los psicoanalistas puede ser comparado con lo social, y lo sistémico? ¿hay influencia de una persona que se suicida para que otros lo hagan?, y demás.

Para la postura neurobiológica / neuropsicológica se encuentra que la literatura explica el suicidio con la conexión que existe entre el funcionamiento biológico del órgano frente al funcionamiento del cerebro de una persona, también acuñan que algunos neurotransmisores permiten que una persona tenga ideaciones suicidas o no y que por esta razón lleve a cabo el acto como tal. Por último, atribuyen este acto en la disminución del colesterol. Por lo anterior es contactado un experto quien contribuye en la aclaración de algunos interrogantes que se presentan para dicha postura, en cuanto a cuánto influye el colesterol de una persona en la toma de decisión de suicidarse, informa esta información no es unitaria, puesto que si existen algunos estudios que contribuyen a este supuesto pero que no es algo que se pueda reiterar o afirmarse, puesto que, el acto suicida no depende solo de los niveles de colesterol sino también de los estados anímicos de la persona y lo que esto conlleva.

Por último, y en relación a los componentes neurobiológicos del cerebro, los cuales hacen que las personas experimentan impulsos incontrolados para suicidarse, informa que para este caso se debe de tener definidos a cuáles componentes se está haciendo referencia pues aquí los neurotransmisores, la amígdala, el hipotálamo, entre otros; juegan un papel fundamental en la persona que corre el riesgo de suicidarse.

Para el segundo objetivo de esta investigación que se basa en identificar los aspectos generales del suicidio partiendo desde sus antecedentes históricos, cultura y creencias, se encontró que existen varios significados de dicho término, como por ejemplo, en la Antigua Grecia, se tenía la percepción de que cuando se llevaba a cabo el suicidio por parte de una personas que pertenecía al ejército, éste era considerado como heroico, a diferencia de cuando lo llevaba a cabo una mujer que había sido infiel, éste acto era repudiado por la sociedad; además de no poder ser enterradas en cementerios cotidianos. Por otro lado, existían momentos en que el gobierno obligaba a las personas (con situaciones especiales) a que realizará dicho acto, por lo anterior eran creados espacios públicos para que las personas en general presenciaran esto.

En el momento en que toma fuerza el pensamiento filosófico dicho término toma una transformación para lo cual éste se le atribuía a dos entes fundamentales; a). El vivir era algo indeseable y b). El suicidio se les atribuía a los dioses. Dicho lo anterior, se abre paso a varios filósofos quienes dan su punto de vista frente a dicho término, para lo cual, la sociedad tenía libre albedrío de aceptar o rechazar estos puntos de vistas. Llegado a este punto, la Religión Católica se pronuncia al respecto; para lo cual se sostiene lo que hoy en día se conoce “Suicidarse es un pecado” (la vida le pertenece a nuestro creador a Dios y quien lleve a cabo el suicidio no tendrá perdón de él).

De acuerdo a los diferentes cambios que ha sufrido éste término y a la influencia que ha tenido la Religión Católica en cuanto a esto, se buscaron expertos que aclararon algunos vacíos que a lo largo de esta investigación se fueron identificando, como, por ejemplo, ¿En qué momento ha variado la concepción del suicidio? ¿A qué causa se le atribuye? ¿Cuál ha sido la percepción que se ha tenido del suicidio?, entre otros interrogantes, en donde el experto aclara en resumido, que es cierto que este concepto ha variado a lo largo del tiempo, sobre todo para las culturas que anteriormente era aceptado, atribuyéndose a un acto heroico, aceptado y demás; y que hoy en día es reprochado, mal visto y un acto de cobardía, lo anterior el experto lo atribuye básicamente a la transformación e influencia que ha llegado a tener la Religión Católica en sus feligreses, fundamentando que a ellos se le debe el cambio que esta palabra o acto tiene en las personas.

Además de esto, y con fin de que esta investigación tenga un sostenimiento teórico mucho más amplio, se contactó a un sacerdote, quien contribuyó con el desarrollo de este segundo objetivo, por lo cual en resumen se pregunta por los vacíos que se evidencian en la teoría así ¿Con que se equipara el suicidio en la religión? ¿De dónde proviene la concepción de tipo pecaminoso en la religión frente al suicidio? ¿Cuál es la postura de la religión frente a la forma cómo se suicida una persona?, entre otros; para lo cual esta persona se fundamenta en los mandamientos de la iglesia, que llevar a cabo este acto es obrar contra Dios pues afirma que el único ser capaz de quitar la vida de una persona es Dios, que por ninguna razón el ser humano tiene la potestad de llevar a cabo dicho acto, ni siquiera en dolores extremos puesto que, el dolor es un acto que purifica el alma y da fe del sufrimiento que tuvo que padecer Jesucristo en la cruz por la salvación de las personas. y demás justificaciones que son relacionadas en el anexo de esta investigación.

De acuerdo a lo anterior, se concluye que para diferentes culturas llevar a cabo este acto puede ser uno de los pecados más graves, y para otras puede ser el acto de más heroísmo que puede llegar a cometer una persona, es por esto que se debe tener en cuenta la culturas en la cual

se pretende indagar acerca de esta palabra y que si bien, su significado cambia significativamente a lo largo del tiempo, en el contexto histórico y cultural.

Finalmente, y reiterando el punto de partida del análisis de esta discusión, el cual se basó en la teoría de la complejidad, se puede ver la inclusión de alguno de los principios así: a). El Principio Sistemático, el cual es evidente no solo en la construcción de la discusión sino también a lo largo del documento, pues se tuvo en cuenta el conocimiento que se tenía previo a la investigación el cual fue sustentado con el que existe inmerso en la literatura consultada; b) el principio hologramático, puesto que cada uno de los aportes, nociones son complementarias unas de otras; c) Principio del Buque Retroactivo, el cual se puede evidenciar en el momento en que la literatura y expertos coinciden en que la persona que se suicidan, lo hace debido a los efectos de algún inconveniente o situación de su vida personal, en donde a su vez son la causa y productores de aquellas situaciones que producen en sí el suicidio; y así sucesivamente con cada una de los principios destacados por Morín a lo largo de sus investigaciones. Morín citado por Rodríguez y Aguirre (2011)

Conclusiones.

Para el desarrollo de las conclusiones de esta investigación cabe resaltar que la observación de cada una de las respuestas de los expertos, llevaron a considerar que, el análisis de las coherencias así como de las contradicciones, refleja cambios en los marcos de referencia que en común buscan abordar el problema desde paradigmas explicativos causales, con excepción de la postura cognitiva cuya naturaleza es de orden y lógica bidireccional, aunque igualmente unideterminista, es decir que busca la explicación de los fenómenos en función de un único referente, siendo en el caso de este último, los esquemas y su formación. Sin embargo, el análisis en conjunto, evidencia que independientemente de las explicaciones y su objeto de estudio en cada uno de los enfoques, el problema del suicidio, al ser susceptible de un análisis basado en cada uno de estos marcos de referencia que resultan contradictorios entre sí, deba abordarse desde posturas más complejas. Acorde con ello, se tuvo en cuenta el pensamiento complejo del paradigma de la complejidad de Edgar Morín (1990) el cual señala que “...la conciencia de la complejidad nos hace comprender que no podremos escapar jamás a la incertidumbre y que jamás podremos tener un saber total: la totalidad es la no verdad....”(p.101), tomando en consideración lo anterior se reitera que con el desarrollo de esta investigación se busca a parte de dar respuesta a cada uno de los objetivos e interrogantes, es reconocer el pensamiento complejo, yendo más allá de lo que se puede observar. Paiva (2004) afirma que la investigación de este concepto a pesar de que ha sufrido transformaciones a lo largo del tiempo y que cada enfoque, ciencia, cultura y demás ha tratado de llegar a una verdad absoluta, no se puede llegar a tener este resultado, puesto que como se mencionó de acuerdo a los hallazgos de la literatura y como lo afirman los expertos que contribuyeron el desarrollo de la misma, este término cambia a lo largo de los tiempos, y quizá jamás se podrá entender por qué las personas se suicidan y cuál es el significado real y único de esta palabra. En función del paradigma de la complejidad, particularmente desde el principio hologramático en el que se afirma que el todo y las partes de un problema contribuyen en un mismo sentido y nivel, el abordaje del suicidio como problemática no debe desconocer los aportes y contribuciones de cada uno de los marcos de referencia citados e indagados a través de los expertos, pues facilitan la comprensión en detalle. La dificultad al parecer radica en que limitan la consideración simultánea de otros factores explicativas, y que varían en función de las especificidades de cada uno de los contextos y casos. Aunque el análisis de orden fenomenológico conlleve a una mirada inductiva que favorece el análisis específico, este realizado bajo el marco de cada referente conceptual que en ocasiones se presenta como diametralmente opuesto a los otros, requiere de un análisis posterior en el que las posturas dialoguen y con propósitos

igualmente comprensivos, más que explicativos, favorezcan el desarrollo de conocimiento con fines inicialmente preventivos.

Sin embargo y por lo que acuña esta investigación se encuentra que se dio respuesta a los objetivos que inicialmente se plantearon para el desarrollo de esto, teniendo en cuenta los aportados que anteriormente fueron descritos.

Vacíos y Recomendaciones

En cuanto a los vacíos y recomendaciones que se pueden identificar en esta investigación, se encuentra las limitaciones frente al abordaje de los enfoques, puesto que se deja de lado, otras posturas que podrían haber contribuido en el abordaje y entendimiento de este término, los cuales servirían para entenderlo desde otra mirada el concepto como tal. Además, el poder entrevistar más expertos, lo cual permitiría comparar entre los mismos enfoques las contribuciones y contradicciones de los relatos brindados por estos. Y como última recomendación entender que lo que se presentó a lo largo de esta investigación es solo una parte de lo complejo que puede ser esta palabra, su significado, y su percepción; que, aunque se pretendió dar la mayor cobertura con esto, existió un sin número de literaturas que se dejaron de lado, no por voluntad propia sino más bien, por la premura del tiempo.

REFERENCIAS

- Ajuriaguerra ed. 1987, citado por Ulloa, F., “Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes”, en Revista Chilena de Pediatría, N° 64, 1993 272-276 obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v64n4/art06.pdf>
- Amador, M. (1998). Redes telemáticas y educación. Máster en Multimedia y Educación (Documento policopiado).
- Andrews, J. 1992. *Lewinsohn PM*: Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Vol 31: Pag 655-62.
- Antequera, L. 2011. De la Iglesia Católica y el Suicidio: ¿Se Condena el Suicidio?. tomado de <http://www.religionenlibertad.com/de-la-iglesia-catolica-y-el-suicidio-se-condena-el-suicida-18287.htm>

- Alberdi, J. Castro, C. Taboada, O. Vázquez, C. 2006. Depresión. Obtenido de: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Aleteia, 2015. ¿Qué dice la Iglesia sobre el suicidio?, Editora Cleofas. Obtenido de: <http://es.aleteia.org/2015/03/28/que-dice-la-iglesia-sobre-el-suicidio/>
- Asociación de psiquiatría de los Estados Unidos, (2013). Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V, Washington, DC
- Avila, R. 2012. *David Hume: Pensamiento sobre el Suicidio*. obtenido de <http://filosofia.laguia2000.com/grandes-filosofos/david-hume-pensamientos-sobre-el-suicidio>.
- Baader, T. Ritcher, P. Mundnt, C. 2004. Suicidios de pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus factores de riesgo. Un estudio caso - control. Revista Chilena Neuro-Psiquiatría. Obtenido de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272004000400006
- Baca-García, E. Blasco-Fontecilla, H. Díaz-Sastre, C. Vega-Piñero, M. 2002, El Suicidio. Salud Global, Año II, Número 4. Obtenido de <http://eutanasia.ws/hemeroteca/j79.pdf>
- Baechler, J. 1979. Suicide. New York: Basic Books.
- Ballesteros, M., Gutierrez, M., Sanchez, L., Herrera, N., Gómez, A., y Bouquet, R. 2010 El suicidio en la juventud: Una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 39 No 3. Bogotá. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502010000300007&script=sci_arttext
- Barra, F. 1989. *Conducta suicida en niños y adolescentes* Revista de pediatria Vol 5. No 3 Pag 152 - 7. Chile.
- Barriga. M. 2012. El suicidio y la iglesia Católica. México. Asociación Mexicana de Tanatología. Obtenido de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/129%20El%20suicidio.pdf>
- BBC News, 2006. Traditions weigh on China's women. Obtenido de: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/5086754.stm>
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1990). Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York: Guilford.
- Bertalanffy, L. 1981. Teoría General de los Sistemas. Obtenido de: <http://suang.com.ar/web/wp-content/uploads/2009/07/tgsbertalanffy.pdf>

- Berry, Ch. y Vial, A. 1993. Un fantasma llamado suicidio. México
- Best, E. (1986). *Suicide: Ethical and moral issues from a theological perspective*. Canadá: The Canadian Journal of Psychiatry.
- Bobes, González, & Saiz. (1997). Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. *Psiquiatría Médica*, 3.
- Brown, G. K., Ten, Th., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E. & Beck, A. T. (2005). Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 294, 563-570.
- Bogdan y Biklen en 1982. Metodología de la Investigación Cualitativa. Capitulo No 1. Optenido de <http://www.albertomayol.cl/wp-content/uploads/2014/03/Rodriguez-Gil-y-Garcia-Metodologia-Investigacion-Cualitativa-Caps-1-y-2.pdf>
- Burak, SD. 1999. *Protección, riesgo y vulnerabilidad; Adolescencia Latinoamericana*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80629822006.pdf>
- Brausch AM, Muehlenkamp J. 2007. Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image*. Vol 4: 207-212.
- Black,D. W.; Winokur,G., Y Warrack,G. (1985): Suicide in schizophrenill: the lowa record linkage study. *J. CJin. Psychiatry*, 46 (11 pt 2): 14-7.
- Breier, A y Astrachan, M. (1984): Characterization of schizophrenic patients who commit suicide, *Am. J. Psychiatry*. Feb 141. Vol 2: No 2 Pag 6-9.
- Canetto, S. Lester, D. 1995. *Women and suicidal behavior*. New York; Springer. Obtenido de <https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas-13.pdf>
- Carmona, J. 2012. El suicidio un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. Vol 3. No 2. Medellin - Colombia. Obtendio de <file:///C:/Users/Christian/Downloads/Dialnet-ElSuicidio-5123800.pdf>
- Cavanagh. "Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review". *Psychological Medicine* 2003; 33: 395-405.
- Cañon, S. 2011. Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de medicina*. Vol 11. No 1. Obtenido de

http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_11-1/8_factores.pdf

Cabra, O. Infante, D. Sossa, F. 2010. *El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes*. Revista, Medica Sanitas Vol 13. No 2. Obtenida de <http://www.unisanitas.edu.co/Revista/18/suicidio.pdf>

Carnoma, A. Arango, A. Castaño, J., Escobar, J., Garcia, C., Godoy, S., et. 2010. Caracterización del intento de suicidio en una población ingresada a un Hospital Infantil de Manizales (Caldas-Colombia). 2000 - 2008. Arch Med (Manizales) 2010. Vol 10. No. 1. Pag 9 - 18

Ceballos, G. 2012. El suicidio. Santa Marta. Obtenido de: http://www.academia.edu/2397935/Libro_y_Cartilla_El_Suicidio

Congregación para la Doctrina de la Fe. Catecismo de la Iglesia Católica. obtenido de http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html

Chavez-Hernandez, A. 2010. *Edwin S Shneidman y la suicidología moderna*. Vol 33 - 4. México. Salud Mental. obtenido en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). 2006. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862013000100009

Conde, M. Derecho penal. 2011 Pag 58 Obtenido de <http://derechopublicomd.blogspot.com.co/2011/07/el-suicidio-en-el-derecho-penal-oleada.html>

Comportamiento del Suicidio, Colombia. 2013. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Obtenido de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>

Corsi, P, 2002. Aproximación preliminar al concepto de pulsión de muerte en Freud. Revista chilena de neuro-psiquiatría. Obtenido de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000400008>

Creswell. J. 2007. La indagación cualitativa y diseño de la investigación . La elección de los cinco enfoques. Obtenido de: <https://us.sagepub.com/en-us/sam/qualitative-inquiry-and-research-design/book235677>

De la Espriella, R. d. (1998 - 2007). Suicidio en instituciones psiquiátricas. *Revista Colombiana de Psiquiatría Revista*, 2.

- Deshaies, G. (1947): *Psuchologie du suicide*, Presses Universitaires de France, París
- Díaz, F. Hurtado, D. Reyes, A. 2009. Prevención psicológica: factores de riesgo de suicidio con pacientes terminales VIH/SIDA y Cáncer. Universidad de la sabana. Facultad de Psicología. Obtenido de: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2728/122078.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Diccionario de la real academia española. Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=punible>
- Diccionario de la real academia española. Obtenido de lema.rae.es/drae/?val=instigar
- Dominguez, P. Pena. J. Ruiz, M. 2010. Las conductas suicidas. Universidad de Málaga. Obtenido de: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/suicidas.pdf>
- Durkheim, E. 1987. El Suicidio. En E. Durkheim, *El Suicidio* (pág. 111). Francia: Lito Artes SA.
- Durkheim, E. (1982). El Suicidio. Madrid: Akal editor.
- Durkheim, E. 1858. Libro primer. Los factores extrasociales. Capítulo primero. obtenido de http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/LYM/los_FESociales.pdf
- Ey, H., Bernardo, P., y Brisset, C. 1981. Tratado de Psiquiatría. Barcelona
- El Espectador, 2010. Editorial: El suicidio de un enfermo terminal. Obtenido de: <http://www.elespectador.com/impreso/articuloimpreso-206188-el-suicidio-de-un-enfermo-terminal>
- El Espectador, 2015. Editorial: Suicidios. Obtenido de: <http://www.elespectador.com/opinion/editorial/suicidios-articulo-541177>
- El Herald. 2015. Colombia y el Suicidio, Columnas de Opinión. Obtenido de: <http://www.elheraldo.co/columnas-de-opinion/colombia-y-el-suicidio-205519>
- El Tiempo, 2015. 1.º de septiembre, día negro para los jóvenes en Japón. Obtenido de <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/educacion/septiembre-dia-negro-en-japon/16328416>
- Enciclopedia de la cultura Española, 1968, Lucio Anneo Seneca, Tomo: 5. Página: 264 – 265. Madrid: Editora Nacional
- Engelberg, H. 1992, Low serum Cholesterol and suicide. Lancet. Pag. 339.

- Evans, G., & Farberow, N. (1988). *The Encyclopedia of Suicide*. New York: Facts On File.
- Editor Cleofas. 2015. ¿Qué dice la iglesia sobre el suicidio?. ©Copyright tomado de <http://es.aleteia.org/2015/03/28/que-dice-la-iglesia-sobre-el-suicidio/>
- Morín, E. (1990). *Introducción al Pensamiento Complejo*. España: Gedisa Editorial.
- Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies suicide life threat. *Behav*. 2005; 35(3): 239-50.
- Ferguson, C. 2015. “Alguien con conocimiento puede escenificar un crimen como suicidio” tomado de <http://www.perfil.com/politica/Nisman--Alguien-con-conocimiento-puede-escenificar-un-crimen-como-suicidio-20150308-0018.html>
- Fergusson DM, Lynskey MT. 1995. Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* Vol 34 Pag 612-22.
- Freud, S. (1988). *Obras completas: Más allá del principio del placer*. Barcelona: Orbis S.A.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2000. Obtenido de http://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf
- García - Peña, J. 2015. *El suicidio cuatro perspectivas; El posicionamiento Sociológico*. Fundación Universitaria Luis Amigó. Editorial Funlam. Obtenido de <http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/ebook/2015/El-suicidio-cuatro-perspectivas.pdf>
- García, M. 2011. “La libertad de elegirse” - algunas consideraciones sobre existencialismo y suicidio. Dilemata. México
- Garvía, R. (1998). *Conceptos fundamentales de sociología*. Madrid: Alianza editorial.
- Garduño, R. Gómez, K, Peña. 2011. *Trabajo de investigación: suicidio en adolescentes*. Asociación Mexicana de Tanatología. Obtenido de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/27%20Suicidio%20en%20adolescentes.pdf>
- Gascon, J. Soler, P. *Recomendaciones Terapéuticas En Los Trastornos Mentales*. España.Editorial Cyesan.

- Gómez, A. 2012. Evaluación del Riesgo de suicidio: enfoque actualizado. Obtenido de: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/11_Dr--Alejandro-Gomez-C.-4.pdf
- Gómez, C. Rodríguez, N. Bohorquez, A. Díaz, N. Ospina, M. Fernández, C. 2002. Factores asociados al intento de suicidio en la población Colombiana. *Revista Colombiana Psiquiátrica*. Vol 31. No 004. Pag. 270 - 286.
- Gomá, D. 2010. ¡No más niños!: Análisis y balance de la política china del Hijo Único treinta años después de su implantación. *Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. Universidad de Barcelona. Obtenido de: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-348.htm>
- González, J. y Hernández, A. 2012. La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck. *Revista Enseñanza e investigación en psicología*. Vol 17 No 2 Pag 313 - 327 Obtenido de <http://cneip.org/documentos/19.pdf>
- González, L. 2012. Cada pocos minutos, una mujer china intenta suicidarse. *Revista Digital Fronterad*. Obtenido de: <http://fronterad.com/?q=cada-pocos-minutos-mujer-china-intenta-suicidarse>
- González, S. y O’Farrill, M. 2003. Conducta suicida, enfoque Sistémico. *Revista Cubana de Psicología*. Obtenido de: <http://chitita.uta.cl/cursos/2011-1/0000439/recursos/r-23.pdf>
- GOETZ Y LECOMPTE. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo de investigación educativa*. Madrid: Morata. obtenido de <http://mingaonline.uach.cl/pdf/estped/v32n1/art07.pdf>
- Guibert, W. 2003. *El suicidio: un tema complejo e íntimo*. La Habana
- Gutiérrez, A. 2006, Contreras C; Orozco Rodríguez R; 2006. *Salud Mental*, Vol. 29
- Gutiérrez-García, A., Contreras, C., Orozco, R., y Chantal, R. 2006. El suicidio conceptos actuales. *Salud mental*. Vol. 29. No 5. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz. Mexico. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf>
- Gutiérrez, C. 2004. La cultura del suicidio en China. obtenido de http://elpais.com/diario/2004/01/18/domingo/1074401558_850215.html
- Gutiérrez, F. 2009, Perfil epidemiológico 2009. Dirección local de salud, sistemas de información en salud, Municipio de San Pedro de los Milagros, Antioquia, Colombia. Recuperado el 26 de septiembre de 2015, de www.sanpedrodelosmilagros-antioquia.gov.co/apc-aa-files/63363331646231313531666361633435/perfil_epidemiología_2009_final.pdf

<http://C:/Users/SB3-05/Desktop/El%20Suicidio%20Conceptos%20Actuales.pdf>

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y en la adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y la adolescencia. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t No 2007/2009. 2009. URL disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_resum.pdf (Fecha de acceso: enero del 2012).

Hawton. "Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors". Journal of Clinical Psychiatry, 2005; 66: 693-704

Harris EC, Barraclough B. 1997. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. British J Psych. Vol 170 Pag 205-28

Hirschfeld, R., Davidson, L. 1988. Risk factors for suicide, In: Review of Psychiatry Washington D.C. American Psychiatry Press. Vol 7. Pagi 307-333. Obtenido de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a02.pdf>

Horacio, B., Vargas., Javier. E y Saavedra,. 2012. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Obtenido de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1539/1567>

Hirschfeld R, Davidson L. Risk factors for suicide. In: Review of Psychiatry Washington DC.: American Psychiatric Press. 1988; (7): 307-333

Hume, M. 2002. Inteligencia, Neurosis y conducta suicida. Revista escuela universitaria de Magisterio de Toledo. Obtenido de <http://www.uclm.es/varios/revistas/docenciaeinvestigacion/pdf/numero5/Hume.doc>.

Ibarra, A., Siu, K., Hernández, R., Muñoz, V. 2009, Enseñanza e investigación en Psicología vol.14. Núm.2; 311-324 julio- diciembre, 2009.

<http://cnem.umh.es/files/2013/09/Ibarra-A-Acedo-AS-Hern%C3%A1ndez-RE.-Pensamiento-suicida-adolescentes-sinaloenses.pdf>

Izquierdo, A. 2005. Psicología del desarrollo de la edad adulta teorías y contextos. Revista Complutense de Educación. Vol 16. No 2. Pag 601 - 619. Obtenido file:///C:/Users/kgonzalez/Downloads/16845-16921-1-PB.PDF

- Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. "Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia". Br J Psychiatry. 1998 Jan;172:35-7.
- Jiménez, N. Hidalgo, J. Camargo, C. Dulce, B. 2011. *Una mirada global frente al intento de suicidio*. Revista unimar primer Semestre. Vol. 58. San Juan de Pasto Colombia. Publicaciones UNIMAR
- Kapur, M. Mullen, J. 2014. ¿Por qué se suicidan los jóvenes en India? Tomado de: <http://cnnespanol.cnn.com/2014/12/12/por-que-se-suicidan-los-jovenes-en-india/>
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría* (Vol. 8). España: Editorial Médica Panamericana.
- Krug, E. Dahlberg, L. Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington: Organización Mundial de la Salud
- Latorre, A.; Rincón, D. del; Arnal, J. (2003). Bases metodológicas de la investigación educativa. Barcelona: Ediciones Experiencia.
- Lastra, A. AÑO. Una aproximación psicosocial del suicidio en adolescentes. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México. Obtenido de <http://congresochiapas08.codigosur.net/ponencias/PueblaPonencia10.pdf>
- Labor Diagnostika Nord. Obtenido de https://www.iwaki-kk.co.jp/bio/reagent/ldn/pdf/BA_10-1900_RUO_en.PDF
- Larragibel, M., Gonzalez, P., Martinez, V., Valenzuela, R. 2000. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Revista Chilena de pediatría. Vol 71. No 3. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062000000300002&script=sci_arttext
- Lopez. M, Hinojal. R, Bobes, J. 1993. *El suicidio aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicas y jurídicos*. Revista derecho penal y criminología. Volumen 3. Obtenido de http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1993/1993_Lopez_Suicidio.pdf
- López, A. 2013. ¿Qué diferencia hay entre cometer un asesinato y un homicidio? Obtenido de <http://blogs.20minutos.es/yaestaellistoquetodolosabe/que-diferencia-hay-entre-un-asesinato-y-un-homicidio/>
- López, M., Hinojal, R., y Bobes, J. 1993. El suicidio: Aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. Obtenido de http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1993/1993_Lopez_Suicidio.pdf

- Stracuzzi, S. y Martins, F. 2012. Metodología de la investigación cuantitativa. Editorial FEDUPEL. Caracas.
- Mansilla. F. 2010. Suicidio y Prevención. Intersalud. Obtenido de: http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo_doc12101.pdf
- Mansilla. F. 2012. La prevención de la conducta suicida: una necesidad. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. España. Obtenido de: <http://www.redalyc.org/pdf/2650/265024496009.pdf>
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM V). 1995. Pagina 279. Obtenido de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM V). 1995. Pagina 140. Obtenido de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Marchesi, A. 2009. *La primera infancia (0-6 años) y su futuro*. Metas Educativas 2021. Fundación Santillano. Obtenido de <http://www.oei.es/metas2021/LAPRIMERAINFANCIA.pdf>
- Masaryk, T. (1981). *El suicidio y el significado de una civilización*. Viena,
- Menninger, K. (1972). *El hombre contra sí mismo* . Barcelona : Ediciones Península .
- Montalbán, R. (1998). *La conducta Suicida*. Madrid, España: Copyright.
- Mingote, J. Jiménez, M. Osorio, R. Palomo, T. 2004. Suicidio asistencia Clínica. Guía práctica de psiquiatría Médica. Madrid: ediciones Díaz de santos S.A.
- Ministerio de Salud. 2015. Tasa de suicidios en Colombia permanece estable. Boletín de Prensa No 246 de 2015. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Tasa-de-suicidios-en-Colombia-permanece-estable.aspx>
- Mitjans, M. y Arias, B. 2012. La genetica de la depresión: ¿Qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas?. Revista Actas Esp Psiquiatr. Vol 40. No 2. Pagina 70 - 83 Obtenida <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-70-83-680417.pdf>
- Muelas Vicente y Ochoa Mangado,(2007). *Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica*. Obtenido de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/235/220/>

- Muñoz J, Pinto V, Callata H, Napa N, Perales A. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2006; 23 (4): 239-246
- Nippon. 2014. La tasa de suicidios en Japón. Información integral sobre Japón. Obtenido de: <http://www.nippon.com/es/features/h00075/>
- Organización Mundial de la Salud, 2014. Primer informe de la OMS sobre prevención del Suicidio. Obtenido de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>
- Pellizzaro, G. Suicidio; Teología Moral. obtenido de http://www.mercaba.org/DicTM/TM_suicidio.htm
- Pfefferbaun B. Adolescent and illness. En : Frances A, Hales RE (Eds). *Adolescent Psychiatry*. Chapter 20. Washington DC: A.P.A. Annual Review; 1986.
- Palacio-Espinosa, X., Barrera-Lora, A., Ordoñez-Rodríguez, M., Peña-Ayala, M. 2007. Analisis bibliometrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el periodo de 1985-2005. *Revista Psicologica Latina* 2007. Vol. 25 No. 2
- Paiva, A. 2004. Edgar Morín y el pensamiento de la complejidad. *Revista ciencias de la educación*. Vol 1. No 23. Valencia. Tomado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/a4n23/23-14.pdf>
- Pakman, M. 1994. Edgar Morín Introducción al pensamiento complejo. Tomado de http://grupal.reletran.org/wp-content/uploads/2013/09/MorinEdgar_Introduccion-al-pensamiento-complejo.pdf Northampton. Marzo.
- Platon. Felon. 1992. Biblioteca clásica Gredos. Madrid.
- Peterson B, Zhang H, Santa Lucía R, King R, Lewis M. 1996. Risk factors for presenting problems in child psychiatric emergencies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Vol 35 Pag 1162-73.*
- Pérez, S. 1999. El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista. Cubana de Medicina General Integral*. Vol 15. No 2. Pag. 196 - 217. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf>
- Pfeffer, C., 1984, citado por Ulloa, F., “Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes”, en *Revista Chilena de Pediatría*, N° 64, 1993 272- 276
- Petrzelová. (2007). *¿Por qué y Cómo se llega a la desesperanza?, tres miradas sobre el suicidio. ¿Por qué y Cómo se llega a la desesperanza?, tres miradas sobre el suicidio*. México: Plaza y Valdés S.A. Obtenido de

<http://site.ebrary.com.ezproxy.unipiloto.edu.co/lib/upilotosp/reader.action?ppg=6&docID=10844955&tm=1440802970810>

Pinzón, A. 2008. Suicidio un problema que aumenta en jóvenes. Revista Universia. Bogota,. Obtenido de: <http://noticias.universia.net.co/vida-universitaria/noticia/2008/10/13/240400/suicidio-problema-aumenta-jovenes.html>

Pontón, J. Santillán, A. 2008. Nuevas problemáticas en seguridad ciudadana. Quito - Ecuador. Obtenido de: <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/51826.pdf>

Puentes-Rosas E, López-Nieto L, Martínez-Monroy T. La mortalidad por suicidios: México 1990- 2001. Rev. Panam. Salud Pública 2004; 16(2):102-9

Plan de acción sobre salud mental 2013-2014. 2013. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1

Ramos, R. 2006. Antes y después del suicidio: presentación de dos textos de Durkeim. En E. Durkeim. El suicidio. Estudio de sociología y otros textos complementarios. Madrid: Miño y Dávila

Retamal, P., Reszczyński, C., Orto, M., Orjuela Y., y Medina, P. 1995. Aspectos generales de suicidio en Chile. Bol Hospitalario San Juan de Dios. Vol 42 No 5 Pag 29 - 49.

Real Academia Española, 2014. *Diccionario de la lengua Española*, recuperado el: 19 de septiembre de 2015, de <http://lema.rae.es/drae/?val=suicidarse>

Real Academia Española, 2014. *Diccionario de la lengua Española*, recuperado el: 19 de septiembre de 2015, de <http://lema.rae.es/drae/?val=suicidio>

Riviére, A. 1991. Orígenes históricos de la psicología cognitiva: paradigma simbólico y procesamiento de la información. Anuario de Psicología No 51. Pag 129 - 155. Obtenido de

Rico, A. 1996. El Estructuralismo. obtenido de http://ruc.udc.es/bitstream/2183/5282/1/ETSA_20-5.pdf

Robles, J. Acinas, M. y Pérez – Iñigo, J. 2013, Estrategias de intervención Psicológica en la conducta Suicida. Capítulo 1. España: Editorial Síntesis.

Rosen, G. 1971. *History in the study of suicide*. Psychol. Med., I: 267 – 285.

Rodríguez, A. 2007. El suicidio y su prevención. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Obtenido de

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/33850/8+Suicidios.pdf/088bf4a4-b9d5-4246-a4e7-3298e9c0f05d>

Rodríguez, D. y Valledoriola, J. Metodología de la Investigación. obtenido por http://zanadoria.com/syllabi/m1019/mat_cast-nodef/PID_00148556-1.pdf

Rodríguez, F., Glez, J., Gracia, R., Montes, D. 1990. El suicidio y sus interpretaciones teóricas. Revista Psiquis. Vol 11. Pag 374 - 380. Obtenido de http://www.psicoter.es/art/90_A077_12.pdf

Rodríguez, L., Aguirre, J. 2011. Teorías de la Complejidad y Ciencias Sociales - Nuevas Estrategias Epistemológicas y Metodológicas. Nómadas. Revista Critica de Ciencias Sociales y Juridicas. Vol 30. No. 2. Tomada de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/30/rdzzoya_aguirre.pdf

Rush, A.J. & Beck, A.T. (1978). Cognitive Therapy of Depression and Suicide. American Journal of Psychotherapy, 32(2), 201-219.

Sarieti, S., Bemporad, J. Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires. Ed. Paidós, 1981; 161, 214, 216.

Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents part I: etiology and risk factors. Can J Psychiatry 2007; 52 (S1): 21-33S

Shaffer D. 1994. Suicide in childhood and early adolescence. J Child Psychol Psychiatry. Vol 15 Pag. 275-91.

Sánchez, R. 1968. *Enciclopedia de la Cultura Española*. Tomo 5. Pagina 264 - 265. Madrid, España. obtenido de <http://www.filosofia.org/enc/ece/index.htm>

Shneidman, E. 1993. *suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive*. Northvale.

Szatmari, P. 1992. The epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder”, *Child Adolescent Psychiatry Clinical* , núm.1, 1992, pp. 361–384

Shain, B. 2007. Suicide and suicide attempts in adolescents. Pediatrics, official journal of the American Academy of Pediatrics, 120(3), 669 – 676. Recuperado el 26 de septiembre de 2015, de <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/3/669.full.pdf+html>

Sarró B, y De la Cruz, C 1991. *Los Suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.

Salud, O. (1995). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Washington: Ginebra.

- Serrano, A. 2014. Cifra de suicidios, la más baja de los últimos 17 años. El Tiempo. Obtenido de: <http://www.eltiempo.com/bogota/suicidios-de-jovenes-en-bogota-panorama-en-los-ultimos-10-anos/16164296>
- Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick, A. 1985. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. Am J Psychiatry; 142: 1061-4.
- Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents part I: etiology and risk factors. Can J Psychiatry 2007; 52 (S1): 21-33S.
- Suma teológica - Parte II-IIae - Cuestión 64. obtenido de <http://hjj.com.ar/sumat/c/c64.html>
- Sura EPS. 2013. Suicidios en Colombia, cifras 2013. Obtenido de: <http://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/suicidios-colombia.aspx>
- Toro, R. 2013. Conducta suicida: Consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. Vol 7. No 1. Pag 93-102. Obtenido de file:///C:/Users/Christian/Downloads/358-1086-1-PB.pdf
- Tyano S, Zalsman G, Ofek H, et al. Plasma serotonin levels and suicidal behaviour in adolescents. Eur Neuropsychopharm 2006; 113: 44-47.
- Téllez – Vargas, J. y Forero, J, 2006. Suicidio Neurología, factores de Riesgo y prevención. Bogotá: Nuevo Milenio Editores.
- Timbe, D. Villa, A. 2014, Prevalencia de suicidio y factores de riesgo en pacientes que acudieron al hospital Homero Castanier cresco - ciudad de Azogues - periodo 2010 al 2014. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5543/1/TESIS%20%286%29.pdf>
- Tijeras, E. *El suicidio entre la norma y el honor*. Obtenido de <http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/23784/3/THIII~N36~P49-59.pdf>
- Universidad del Bio-Bio. 2008. Técnicas Dialógicas. Obtenido de: http://es.slideshare.net/produceideas/tecnicas-dialgicas?qid=add632a1-9f9c-4f77-9236-fad0a6588608&v=&b=&from_search=2
- Valle, N. 2002. Derecho penal especial. Pag 58. Bogota. Tocora.

- Valles, G. 2014. Sistemas Psicológicos, Obtenido de:
http://datateca.unad.edu.co/contenidos/403001/Entorno_aprendizaje_practivo/Revista_Sistemas_Psicologicos.pdf
- Valderrama, R. 2006, La teoría de Karen Horney. Obtenido de:
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/746/721/>
- Verzele, M. 1999, La muerte sin dolor, suicidio y Eutanasia. Editorial: Txalaparta, Bélgica.
- Villatorio, V. Andrade, P. Fleis, B. Medina I. Reyes, L. y Rivera, G. (1999). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Revista: Salud Mental. World Federation for Mental Health. 2010. Enfermedad Mental y Suicidio; guía para la familia para encarar y reducir los riesgos. obtenido de http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/12/WFSAD-164477-Guide-Book_Spanish_.pdf

REVISIÓN TEÓRICA Y PROFUNDIZACIÓN SOBRE EL SUICIDIO

ERAZO – CAPERA, ELIZABETH
GONZÁLEZ – CHACÓN, YICELA KATERINE

Asesor: John Castro

PALABRAS CLASES: Categorías, Cualitativo, Enfoques, Entrevistas, Suicidio

DESCRIPCIÓN

Para el presente documento se presentaron dos tipos de fases de investigación una documental y otra cualitativa, en donde la primera de ellas corresponde a un diseño de investigación documental, el cual permite delimitar el objeto de estudio y constatar el estado en que se encuentra, comprendido en tres etapas a). Consulta documental, b). Contraste de la información y c). Análisis histórico del problema; con el fin de tener un proceso dinámico por medio del cual se recolecta, clasifica, recuperan y distribuye la información; y en cuanto a la segunda fase abordada se hace una aproximación cualitativa por medio de la cual se abordan expertos desde cada una de las perspectivas ahondadas, con el fin de aclarar dudas que en la literatura no se enfatiza.

Por esto se analiza la investigación cualitativa de tipo fenomenológico el cual centra la atención en las relaciones y los roles que desempeñan las personas en su contexto cotidiano, teniendo como objetivo conocer el significado del suicidio a partir de un ejercicio de profundización conceptual y de aproximación cualitativa a través de entrevistas a expertos.

Para dar solución al objetivo principal de la investigación fue necesario utilizar el método de investigación cualitativa, entre las que se destacan, el análisis del discurso, la teoría fundada, la etnografía y la Investigación acción participante IAP, en la recolección de información, se identificaron 6 categorías que hacían referencia a los enfoques y disciplinas más representativas que han abordado esta problemática (Histórico, Religioso Médico, Psicosocial, Psicoanalítico,

Neuropsicológico), basados en esto, se realizaron las entrevistas a expertos especializados, que desde su experiencia aclararían los vacíos teóricos encontrados. De acuerdo con la información recolectada y el análisis de cada categoría, se obtuvo como conclusión que el concepto suicidio al ser abordado en diferentes enfoques es explicado en todos los enfoques de una manera unideterminista buscando explicaciones causale, ignorando en muchos casos una lógica bidireccional

FUENTES

Se consultaron 169 referencias bibliográficas de las cuales 45 fueron artículos de revistas científicas 80 de páginas web dentro de las cuales se encuentran el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – V , la Asociación de psiquiatría de los Estados Unidos, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), entre otras y 35 fueron referencias de libros

CONTENIDO

Dentro de esta investigación fue necesario la realización de entrevistas a expertos seleccionados de acuerdo a cada uno de los enfoques o campos conceptuales en los que son expertos (histórico, religioso, psicoanalítico, entre otros), para lo cual se definieron categorías las cuales se dividen en: Categoría de la Revisión Histórica del Concepto, en la segunda categoría se encuentra la Revisión de las Variaciones a nivel de la Creencias en la Historia, como tercera categoría se encuentra la Revisión

desde la postura Psiquiátrica, Médica y Biológica, la cuarta categoría se tiene en cuenta la postura Psicoanalítica, la quinta categoría se encuentra la postura psicosocial, finalmente se encuentra la sexta categoría la cual corresponde a la postura Neurológica y/o Neuropsicológica.

METODO

Para la realización de esta investigación se utilizó un diseño fenomenológico el cual centra la atención en las relaciones y los roles que desempeñan las personas en su contexto cotidiano, en donde el investigador interpreta la forma como se interrelacionan socialmente hablando, sus actividades y pensamientos, además de cómo manejan las diferentes problemáticas, en síntesis este diseño de investigación se fundamenta en establecer como el hombre constituye su cotidianidad a partir de las relaciones intersubjetivas, pero teniendo en cuenta las contradicciones que las diferentes culturas tienen consigo. Stracuzzi y Martins (2012); lo anterior se establece a través del análisis del discurso con categorías preestablecidas y emergentes, pues se sabe que la investigación cualitativa está orientada al estudio de la realidad social, en donde para este caso se hace una recolección de información como anteriormente fue mencionado, analizándola de forma sistemática, orientado dichos discursos a generar constructos y establecer relaciones entre lo investigado y lo encontrado en la literatura, para así constituir una metodología coherente a la teorización; entendiendo sistematización como la información interconectado de elementos. Goetz y LeCompte (1981). Esto con el propósito de complementar cada uno de las literaturas que aquí se tuvieron en cuenta para el desarrollo de dicha investigación.

CONCLUSIONES

Para el desarrollo de las conclusiones de esta investigación cabe resaltar que la observación de cada una de las respuestas de los expertos,

llevaron a considerar que, el análisis de las coherencias así como de las contradicciones, refleja cambios en los marcos de referencia que en común buscan abordar el problema desde paradigmas explicativos causales, con excepción de la postura cognitiva cuya naturaleza es de orden y lógica bidireccional, aunque igualmente unideterminista, es decir que busca la explicación de los fenómenos en función de un único referente, siendo en el caso de este último, los esquemas y su formación. Sin embargo, el análisis en conjunto, evidencia que independientemente de las explicaciones y su objeto de estudio en cada uno de los enfoques, el problema del suicidio, al ser susceptible de un análisis basado en cada uno de estos marcos de referencia que resultan contradictorios entre sí, deba abordarse desde posturas más complejas. Acorde con ello, se tuvo en cuenta el pensamiento complejo del paradigma de la complejidad de Edgar Morín (1990) es por esto que se reitera que con el desarrollo de esta investigación se busca a parte de dar respuesta a cada uno de los objetivos e interrogantes, es reconocer el pensamiento complejo, yendo más allá de lo que se puede observar. Paiva (2004) afirma que la investigación de este concepto a pesar de que ha sufrido transformaciones a lo largo del tiempo y que cada enfoque, ciencia, cultura y demás ha tratado de llegar a una verdad absoluta, no se puede llegar a tener este resultado, puesto que como se mencionó de acuerdo a los hallazgos de la literatura y como lo afirman los expertos que contribuyeron el desarrollo de la misma, este término cambia a lo largo de los tiempos, y quizá jamás se podrá entender por qué las personas se suicidan y cuál es el significado real y único de esta palabra. En función del paradigma de la complejidad, particularmente desde el principio hologramático en el que se afirma que el todo y las partes de un problema contribuyen en un mismo sentido y nivel, el abordaje del suicidio como problemática no debe desconocer los aportes y contribuciones de cada uno de los marcos de referencia citados e indagados a través de los expertos, pues facilitan la comprensión en detalle.

REVISIÓN TEÓRICA Y PROFUNDIZACIÓN SOBRE EL SUICIDIO

ELIZABETH ERAZO CAPERA
YICELA KATERINE GONZÁLEZ CHACÓN
UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA, BOGOTÁ – COLOMBIA.

eerazo3@gmail.com
yeraygo01@gmail.com

Proyecto de investigación Formativa
Asesorado por el Docente: John Alexander Castro Muñoz M.Sc.

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo principal conocer y clarificar el significado del suicidio a partir de un ejercicio de profundización conceptual y de una aproximación cualitativa a través de entrevistas a expertos. Para el desarrollo, fue necesario utilizar el método de investigación cualitativa, entre las que se destacan, el análisis del discurso, la teoría fundada, la etnografía y la Investigación acción participante IAP, en la recolección de información, se identificaron 6 categorías que hacían referencia a los enfoques y disciplinas más representativas que han abordado esta problemática (Histórico, Religioso Médico, Psicosocial, Psicoanalítico, Neuropsicológico), basados en esto, se realizaron las entrevistas a expertos especializados, que desde su experiencia aclararían los vacíos teóricos encontrados. De acuerdo con la información recolectada y el análisis de cada categoría, se obtuvo como conclusión que el concepto suicidio al ser abordado en diferentes enfoques es explicado en todos los enfoques de una manera unideterminista buscando explicaciones causales, ignorando en muchos casos una lógica bidireccional.

Palabras Clave: Categorías, Cualitativo, Enfoques, Entrevistas, Suicidio.

THEORETICAL REVIEW AND DEEPENING ON THE SUICIDE

Abstract

This investigation takes as a main target to know and to clarify the meaning of the suicide from an exercise of conceptual deepening and of a qualitative approach across interviews to experts. For the development, it was necessary to use the method of qualitative investigation, between that they stand out, the analysis of the speech, the founded theory, the ethnography and the Investigation taking part action IAP, in the information compilation, there were identified 6 categories that were referring to the approaches and disciplines more representative that have tackled this problems (Historical, Religious Medical, Psychosocial, Psychoanalytic, Neuropsychological), based on this, the interviews were realized to specializing experts, who from its experience would clarify the opposing theoretical gaps. In accordance with the gathered information and the analysis of every category, it was obtained like conclusion that the concept suicide, on having been tackled in different approaches, is explained in all the approaches of a way that unideterminista looking for explanations cause him, ignoring in many cases a bidirectional logic.

Key words: Categories, Qualitative, Approaches, Interviews, Suicide.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es considerado una problemática sobresaliente a nivel mundial, debido a la alta proporción de individuos que presentan esta conducta que es acompañada de unas características y rasgos de personalidad que representan un riesgo para la vida de las personas. Desde la psicología, se encuentran varios enfoques que cuentan con diversas definiciones y teorías, también ha sido un tema de interés y trayectoria desde el inicio de los tiempos, como lo referencia la bibliografía; adicional a esto, se encuentran diferentes culturas que, junto con las personas que la conforman, lo han adoptado, en este caso algunas veces ha sido un acto rechazado y otras y veces ha sido aceptado según el contexto en el que se encuentre; finalmente, se encuentra lo que es hoy este concepto y el impacto cultural que tiene para poblaciones específicas en las que se presenta frecuentemente.

Teniendo en cuenta lo anterior, surge el interés de abordar el suicidio en esta investigación, ya que a pesar de que hay una variedad de definiciones e investigaciones que hablan acerca del tema, cuando se trata de los enfoques psicológicos, cultural e histórico, entre otros, son encontrados vacíos y contradicciones que es necesario clarificar. Es así como se definió el objetivo de clarificar el concepto “suicidio”. Para realizar el abordaje de la profundización del concepto, se tomó como referencia la trayectoria que ha tenido, pasando por las diferentes creencias, teorías, posturas psicológicas, científicas, entre otras.

Dentro de la información encontrada, que contribuye con la elaboración del concepto y que facilite a los investigadores el poder entender por qué se presenta el suicidio, es importante mencionar los factores que pueden ser un detonante para la persona; así mismo, esta investigación se construye a partir de investigaciones que se han llevado a cabo a lo largo de los años, además, de incluir un

acercamiento directo al análisis de la problemática a través de un abordaje a expertos especializados en diferentes enfoques desde el punto de vista del área Psicológica y otras disciplinas.

En Colombia, entre el 2004 y el 2014, por año se dan en promedio entre 1.700 y 1.900 casos de suicidio. El acto de suicidarse lo realizan aproximadamente un millón de personas en el planeta. (El Espectador, 2015). Según los resultados entregados por el Instituto Nacional de Medicina Legal en relación con las causas de muerte en el país, para el año 2013, el suicidio fue la cuarta causa de muerte violenta en el país con 1.685 casos, después se encuentra del homicidio con 13.683 casos, luego se encuentran los accidentes de tránsito con 5.840 casos y finalmente se encuentran los accidentes de otro tipo con 2.502 casos.

Teniendo en cuenta el contexto internacional, la cifra total de suicidios en 2012 fue superior a las 800.000 personas. Hay once países con más de 10.000 casos de suicidio, de los cuales el que registra más casos es India con un 35,5%, por cada 100.000 habitantes (Kapur y Mullen, 2014), seguido de China con 8,7% casos por cada 100.000 habitantes y Estados Unidos con 2% por cada 100.000 habitantes. Por debajo de ellos se encuentran Rusia con 1.5% por cada 100.000 habitantes y Japón con un 1.3% por cada 100.000 habitantes (Nippon, 2014). En Japón se presentan registros altos de suicidio en estudiantes entre los 10 y los 19 años, especialmente cuando se está iniciando el semestre académico, se cree que la razón por la que estos adolescentes toman esta decisión es porque son víctimas de Bullying. “Según las estadísticas, entre 1972 y 2013, de los 18.048 niños que se suicidaron, 92 lo hicieron el 31 de agosto; 131, el primero de septiembre, y 94, el segundo del mismo mes, una cifra que refleja los fuertes niveles de impacto del matoneo”. (El tiempo, 2015)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es una problemática que se presenta no solo en la adolescencia, desafortunadamente cada vez es más frecuente en todas las edades y en nuestro país las estadísticas siguen creciendo, así como en otros países del mundo. Durante cualquier etapa de la vida una persona puede enfrentar situaciones o dificultades que pueden ser la causa de una tentativa de suicidio. Desde el punto de vista de la salud pública, el suicidio es la causa principal de muerte en el mundo, este tipo de muerte es la tercera en los adolescentes y la séptima causa en los adultos. (Pinzón, 2008).

Las entidades gubernamentales se encuentran impulsando Políticas que promueven la disminución del suicidio a través de acciones encaminadas a “diagnóstico temprano, prevención de factores de riesgo, tratamiento completo y rehabilitación de las enfermedades mentales”. (El Herald, 2015). Adicional a esto, como las estadísticas de suicidio se han convertido en una problemática de salud pública, se requiere comprender para brindar ayuda a las personas afectadas, es de vital importancia comprender también cómo se comporta el suicidio conceptualmente, para esto se requiere hacer una profundización teórica con el objetivo de conocer y clarificar el concepto del suicidio.

Teniendo en cuenta lo anterior, surge la necesidad de investigar este tema desde diferentes enfoques teóricos, con el fin de encontrar aspectos en común, contradicciones y los vacíos teóricos que serán expuestos por los expertos en cada campo, esta contribución teórica aportaría a la construcción interdisciplinar para prevenir el suicidio. Con relación al objetivo general de la investigación, se planteó: Conocer el significado del suicidio a partir de un ejercicio de profundización conceptual y de

aproximación cualitativa a través de entrevistas a expertos. Para esto se realizaron las siguientes actividades o se desarrollaron los siguientes objetivos específicos: Realizar una revisión documental de la definición del término, para conocer la historia, autores más representativos y enfoques en lo que se profundizará, identificar los aspectos generales del suicidio partiendo desde sus antecedentes históricos, cultura y creencias, profundizar en los conceptos desde las diferentes disciplinas y enfoques científicos para definir los vacíos teóricos y verificarlos ahondando en los vacíos, a través de la consulta a expertos, elaborar y aplicar una entrevista semiestructurada a los expertos en los diferentes enfoques, con el fin de clarificar los vacíos conceptuales que surgieron en la revisión documental.

REVISIÓN DOCUMENTAL

Las teorías sobre el suicidio han tenido amplia trayectoria en la investigación interdisciplinar, los psicólogos, psiquiatras, filósofos, entidades gubernamentales y religiosas lo han definido y explicado, de acuerdo a como se presenta en la bibliografía que será descrita a continuación. Teniendo en cuenta que el suicidio es un fenómeno social, se encontró que ha sido tan antiguo como la existencia de la humanidad, a lo largo de la historia, las distintas culturas que poblaron el mundo calificaron el suicidio de una manera distinta, siendo motivo de polémica que en algunos casos fue aceptado y en otros rechazado. El suicidio tiene una mirada desde distintos ángulos con relación a los principios filosóficos, religiosos, intelectuales, sociales y económicos que rigen la humanidad, estas posturas también harán parte de la construcción del marco histórico de dicha investigación.

Revisión histórica.

Para algunas culturas era aceptado el suicidio por diferentes razones, pero para otras

no, entendiendo esto como la gravedad que lo amerita; sin embargo, es necesario el acercamiento a un experto para clarificar las transformaciones en aquella época, debido a que esto no es claro en la literatura consultada para la realización de este apartado. Lo anterior con el fin de dar coherencia al objetivo que fue planteado al inicio de la investigación. Por último, y siendo coherentes con lo anteriormente expuesto, se presenta a continuación las variaciones que ha tenido el concepto del suicidio en las creencias más representativas de la época, además de evidenciar la concepción del suicidio para los personajes que fueron partícipes de algún hallazgo de dicha época, buscando siempre entender y clarificar las transformaciones y el concepto de lo que es y sigue siendo el suicidio.

El pensamiento filosófico aportó un gran cambio cultural frente al significado del suicidio, de tal forma que el vivir, ahora, gracias a éste pensamiento era considerado indeseable. Se entendía adicionalmente al suicidio como un estereotipo de ser un dogma, lo que quiere decir que era algo estipulado o atribuido a explicaciones de orden metafísico, como por ejemplo Dios, o Jesucristo en el caso de la religión católica, a los hombres y testificado por la iglesia (según el diccionario de la lengua española) en donde se afirma que el suicidio debe de ponerse en marcha cuando la vida resulta insoportable y penosa, (Diógenes, Menedemo, Metrocle citado por Tijeras, Pág. 56).

Revisión a nivel de creencias.

Se puede decir que el término y el acto suicida tiene una trayectoria a lo largo de la historia de la humanidad, que si bien en algunas culturas fue categorizado como heroico, de admirar o como sacrificio por los demás, para otras culturas siempre fue visto de forma negativa, en cuanto a las religiones ha sido considerado un pecado que condena, por el contrario, los no creyentes consideran que se tiene la libertad de decidir dejas de vivir, es

una decisión propia que no tiene una consecuencia mayor y debería de dejar de ser juzgado por la sociedad o las creencias religiosas.

El suicidio es una problemática y una realidad, que como se vio en el apartado anterior está asociado al contexto histórico, social y cultural. En estos factores, las principales formas de verlo han sido como un acto heroico o sublime, un pecado por atentar en contra de sí mismo y actualmente es considerado un problema de salud pública en el que se trabaja arduamente para que sea prevenido. Por esta razón se realiza este ejercicio de profundización conceptual que es acompañado de evidencia cualitativa con el objetivo de clarificar sus conceptos a partir del abordaje desde diferentes perspectivas. A continuación, se realiza una revisión de definiciones desde las diferentes posturas en Psicología, iniciando por la postura psiquiátrica, médica y biológica.

Revisión desde diferentes posturas y enfoques psicológicos.

A partir de las referencias expuestas en el marco histórico, filosófico y religioso en el que se abordó el suicidio, se pretende, abordar una mirada científica del concepto, con el fin de clarificarlo e identificar los vacíos que ha tenido, el propósito de este es Entrevistar a expertos que den su orientación desde su experiencia y conocimiento.

Postura Psiquiátrica, Médica y Biológica.

Para iniciar con la perspectiva científica de cómo ha sido abordado el suicidio, es importante señalar el enfoque psiquiátrico, médico y biológico, ya que las lesiones autoinfligidas (suicidio), son en gran medida atribuidas a enfermedades mentales como la depresión, trastornos bipolares (trastornos del estado de ánimo), neurosis o esquizofrenia, y también a las condiciones biológicas como factores hereditarios.

En estudios donde participan gemelos y sus familias, el resultado es que la conducta y el comportamiento suicida tiene un elemento hereditario. La explicación a los factores hereditarios son los neurotransmisores y la bioquímica, pues se ha encontrado que el fluido espinal de las personas con conductas suicidas y que tienen depresión contiene bajas cantidades de ácido 5 hidroxindoleacético (5HIAA) el cual es producido cuando la serotonina afecta los estados de ánimo y las emociones, este se desintegra en el organismo. (Garduño. Gómez, Peña, 2011).

Desde la perspectiva psiquiátrica, médica y biológica es más reconocido el trabajo interdisciplinar que se hace en las instituciones psiquiátricas. Allí el 90% de las personas que se suicidan padecen una enfermedad mental. Adicional a esto, los casos atendidos en relación con el suicidio hacen claridad en la diferencia de dos definiciones muy similares, en primer lugar, se encuentra el intento de suicidio, que por fallas en el método o procedimiento no se logra y por otro lado está la tentativa, en la que no hay una decisión clara de morir, es más bien un método para pedir ayuda u obtener un beneficio. La base del comportamiento suicida desde este enfoque tiene varias explicaciones desde la medicina y la biología, iniciando con un componente biológico en donde tiene amplia participación la Serotonina, el componente hereditario que hace que los pacientes no respondan adecuadamente a situaciones que afecten su emocionalidad, por el contrario, son más impulsivos y agresivos. Finalmente, las enfermedades terminales y las mentales aportan un cambio físico muy fuerte en las personas, las consecuencias del padecimiento de los síntomas y los trastornos del estado de ánimo conllevan a desear una muerte rápida y sin dolor.

Postura Psicoanalítica.

Desde la postura Psicoanalítica, en el año de 1920, Freud en su obra “más allá del principio y el placer”, Los aportes más

significativos que hizo Freud frente al suicidio hacen referencia como primera medida a que la conducta suicida está integrada por sentimientos de culpa. La dinámica de una persona con deseos de suicidarse se rige por una ambivalencia (amor y odio) que generalmente busca ser equilibrado. La asociación de la agresividad y la pulsión de muerte, que es la oposición a la vida o el instinto que impulsa a una persona a morir para regresar a su estado inicial (inorgánico). (Corsi, 2002).

A diferencia de los autores que comparten la doctrina de Freud, la psicoanalista Karen Horney en 1950, considera que la conducta suicida se desarrolla a partir de las primeras experiencias del niño, también llamó las patologías como trastornos culturales que son causados por el contexto religioso, político, familiar, cultural que influyen en el desarrollo de la personalidad del niño. Lo anterior provoca “neurosis” que Horney explica desde las relaciones familiares perturbadas, defectuosas y los factores sociales que varían entre culturas, por ejemplo, la presión social que ejercen algunos padres a sus hijos para obtener los mejores resultados académicos, como ocurre en Japón. Estas exigencias hacen que los adolescentes experimenten un estado de angustia, fracaso y desesperanza que desencadenan tendencias suicidas y finalmente la muerte. La diferencia con Freud es que le otorga a la conducta suicida a factores biológicos, instintivos e impulsos, sin tener en cuenta cómo es el contexto y la cultura del sujeto. (Valderrama, 2006).

Postura Psicosocial.

Es importante resaltar que el contexto cultural y la organización social pueden llegar a interiorizarse y convertirse en fuerzas auto-destructivas para todo ser humano; puesto que como la agresividad hace parte de las personas, a la vez puede convertirse en una tendencia autodestructiva, que amenace la existencia de la propia persona. Para la postura

psicosocial el suicidio es considerado la forma de violencia auto infringida; de acuerdo con esto se pretende que el suicidio se distinga entre la agresión a uno mismo y el hecho de agredir a otras personas; es por esto que se define la violencia como el “Uso intencional de la fuerza o el poder físico, como amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, entre otros. Según el informe mundial sobre violencia y salud de la OMS Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, y Lozano, (2003).

La postura psicococial, expone que, la comprensión del suicidio no puede ser generalizada, sino que requiere de una interpretación contextualizada y compleja”. Por lo anterior y teniendo en cuenta la población del conflicto armado se debe de ahondar en el suicidio desde una mirada individual, o grupal pero solo con este grupo de personas, puesto que es diferente el suicidio de una persona que no ha sido parte de este conflicto a una que sí.

Postura cognitiva.

Shneidman (1993), abordó el suicidio desde la psicología cognitiva, (la cual trata del estudio científico de la mente humana, estudiando las estructuras, procesos y representaciones; y tratan del modo como las personas perciben, aprenden, recuerdan y piensan sobre la información), (Riviére, 1991) definiéndolo como un drama de la mente, donde este casi siempre es dirigido por el dolor psicológico, las emociones negativas, lo que llamó Dolor de la psique. En otras palabras, se refiere a una sensación negativa y dolorosa que invade al sujeto y lo lleva a suicidarse. En donde el dolor de la psique se produce debido a las experiencias que el sujeto puede categorizar como negativas para su existencia, si no se presentará esta sensación negativa, no habría una probabilidad alta de suicidio.

Cabe rescatar que la terapia Cognitiva como estrategia de intervención que se deriva de este enfoque, tienen como objetivo principal reducir la conducta suicida mediante los siguientes componentes: 1. desarrollar medios para desaparecer la desesperanza y a la conducta objeto-suicida; 2. Crear sentido de pertenencia en los pacientes con el fin de reducir la deserción del tratamiento; 3. Aumentar el uso de los servicios de salud de cada región para tal caso, y 4. aumentar el uso adaptativo del apoyo o soporte social. En otras palabras, la estructura de la terapia cognitiva para este caso, debe contar con una serie de componentes para la enseñanza de solución de problemas, la conceptualización de caso clínico, la reestructuración cognitiva y conductual, y uno de afrontamiento, reducir la impulsividad y ampliar redes de soporte social (Brown, Ten, Henriques, Xie, Hollander & Beck, 2005; Henriques, Beck & Brown, 2003).

En síntesis, el suicidio para el enfoque cognitivo es el drama de la mente, es la agresión permanente de sí mismo, es la respuesta psicológica de insatisfacción de un ser humano, la visión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo en general; que conlleva a sensaciones negativas y dolorosas que inunda al sujeto, es por esto que una persona toma la decisión de llevar a cabo el suicidio. También, dicho enfoque encuentra que en la mayoría de las veces las personas que se suicidan sienten odio y resentimiento ante las demás personas, por lo cual hacen responsables a los otros de su acto o responsabilizan a algún contexto, cultura, religión o a la misma estructura familiar.

Postura Neurobiológica o Neuropsicológica.

El intento y la tentativa de suicidio (parasuicidios), así como el suicidio efectuado o consumado, tienen una conexión con el funcionamiento biológico del organismo, específicamente da una explicación al

funcionamiento del cerebro de una persona con estas características. Jiménez, Hidalgo, Camargo y Dulce (2011), realizan una investigación bioquímica en donde encuentran que la dopamina y la serotonina son neurotransmisores con un perfil general de acciones bioquímicas en donde si disminuye la actividad serotoninérgica aumenta el pensamiento suicida además de la depresión, también agregó que el tener bajos niveles de ácido homovanílico en el líquido cefalorraquídeo aumentan el intento de suicidio.

En conclusión el suicidio para este enfoque hace referencia a una disminución de neurotransmisores, específicamente los relacionados con la serotonina y dopamina; también se encuentra que el hidrocorticoide es muy común en las personas que ya han consumado dicho acto; como último punto relevante de dicho enfoque es relacionado con la disminución del colesterol, para lo cual informan que en las personas que tienen un incremento de colesterol y son halladas muertas, se encuentra una relación entre estos dos componentes, sin embargo no se encuentran investigaciones que tengan un sustento teórico con mayor fuerza para esta teoría; es por esto que más adelante.

Postura Sistémica.

En el enfoque sistémico, se trabaja la aplicación de la teoría general de los sistemas que está compuesta por tener una visión integradora y holística de una problemática. (Bertalanffy, 1981), Por otro lado, en la terapia psicológica con enfoque sistémico, también llamada terapia familiar, se busca poner al paciente en el contexto habitual, por lo que se diseña un proceso de intervención viendo la familia como un sistema (estructura, organización, funcionamiento y procesos de interacción). (Valles, 2014).

Las personas que conviven con una familia que tiene buenos niveles de

comunicación, independencia para expresarse y son escuchados, tienen una probabilidad baja de recurrir en el futuro al suicidio, en cambio familias con exigencias y normas rígidas o demasiado autoritarios, educan hijos con muchas restricciones personales que posiblemente van a recurrir al suicidio como manera de escape. (Villatorio, Andrade, Fleis, Medina, Reyes y Rivera, 1999). En resumen, el enfoque sistémico da a la familia un papel importante ante la ideación suicida, pues hace parte de los recursos personales que forja una persona para enfrentarse a cualquier situación que se presente.

MÉTODO

Teniendo en cuenta que el objetivo general de la investigación es aclarar los vacíos teóricos que se encontraron en la búsqueda bibliográfica, es necesario que se identifique el tipo de diseño de investigación se realizó en dos fases: documental y cualitativa. A continuación, la descripción de cada una de ellas:

La primera parte corresponde a un diseño de investigación documental, el cual permite delimitar el objeto de estudio y constatar el estado en que se encuentra, permitiendo establecer la importancia de la investigación Rodríguez, Valledoriola; asimismo Amador (1998), afirma que dicho diseño comprende tres etapas: a). Consulta documental, b). Contraste de la información y c). análisis histórico del problema. Además, Latorre, Rincon y Arnal (2003) a partir de Ekman (1989) define este diseño como un proceso dinámico por medio del cual se recolecta, clasifica, recuperan y distribuyen la información.

La segunda parte de la investigación corresponde a una aproximación cualitativa, por medio de la cual se abordan expertos desde cada una de las perspectivas ahondadas, con el fin de aclarar dudas que en la literatura no se enfatiza. Por esto se analiza la investigación cualitativa de tipo fenomenológico el cual centra la atención en las relaciones y los roles

que desempeñan las personas en su contexto cotidiano, en donde el investigador interpreta la forma como se interrelacionan socialmente hablando, sus actividades y pensamientos, además de cómo manejan las diferentes problemáticas, en síntesis este diseño de investigación se fundamenta en establecer como el hombre constituye su cotidianidad a partir de las relaciones intersubjetivas, pero teniendo en cuenta las contradicciones que las diferentes culturas tienen consigo. Stracuzzi y Martins (2012).

Fases

Dentro de esta investigación fue necesario la realización de entrevistas a expertos seleccionados de acuerdo a cada uno de los enfoques o campos conceptuales en los que son expertos (histórico, religioso, psicoanalítico, entre otros), en los que se pudo evidenciar vacíos dentro de las narrativas que resultados del ejercicio de descripción de sus experiencias, el significado de estas y el sentido; puesto que para este caso el suicidio tienen amplia relación entre otras con lo cultural, siendo ellos representantes indirectos al estar inmersos en este contextos social, de la misma – la cultura. Cabe aclarar nuevamente que el diseño de esta parte de la investigación corresponde a un diseño de investigación cualitativa, mediante el método de análisis del discurso, con análisis de corte fenomenológico a partir de la información extraída a través de entrevistas semiestructuradas con categorías preestablecidas.

Participantes.

Para la descripción de los actores, con el fin de conservar el principio de confidencialidad con la información, y con ello el anonimato, se acudió como estrategia creativa en la cual cada uno de los mismos se identificó a través de un seudónimo, en este caso, el de algún representante significativo del enfoque al que contribuyeron con sus relatos.

Como primera categoría de análisis se seleccionó, la Revisión Histórica del Concepto, en donde fue entrevistado el autor No 1 “Durkheim”, que para este caso correspondió a un profesional en filosofía quien tiene experiencia en el campo histórico y filosófico por su formación y conoce acerca de la procedencia y evolución del término. La entrevista tiene una duración aproximada de veinte (20) minutos, llevándose a cabo cuatro (4) preguntas.

Como segunda categoría se encuentra la Revisión de las Variaciones a nivel de la Creencias en la Historia, específicamente de la religión católica para lo cual fue entrevistado el autor No. 2 “Sacerdote”, de una de las iglesias de la ciudad de Bogotá. La duración aproximada de esta entrevista fue de treinta (30) minutos, en donde se llevan a cabo tres (3) preguntas).

Como tercera categoría se encuentra la Revisión desde la postura Psiquiátrica, Médica y Biológica, en donde fue entrevistado el actor No. 3 “Médico”, profesional en Medicina con especialización en Psiquiatría de la Universidad el Bosque, actualmente dedicado a la atención de pacientes con trastornos mentales. La entrevista tiene una duración aproximada de cuarenta (40) minutos, en donde se llevan a cabo cuatro (4) preguntas.

Para la cuarta categoría se tiene en cuenta la postura Psicoanalítica, para lo cual fue entrevistado el actor No. 4 “Freud”, quien es profesor de la Fundación de Educación Superior Nueva América y tienen amplia trayectoria en terapia y evaluación psicoanalítica, esta entrevista tiene una duración aproximada de 25 minutos, en donde se llevaron a cabo tres (3) preguntas.

En cuanto a la quinta categoría se encuentra la postura psicosocial, para aclarar dichas dudas frente a esta postura se entrevista al actor No. 5: “Socióloga”, quien es profesional en psicología y especialista en

Psicología Social comunitaria, se llevan a cabo tres (3) preguntas, que tienen una duración aproximada de treinta (30) minutos.

Finalmente se encuentra la sexta categoría la cual corresponde a la postura Neurológica y/o Neuropsicológica, siendo entrevistado al actor No. 6 “Engelberg” para esta categoría fue abordado uno de los docentes de la Universidad Piloto de Colombia, al que se le realizaron cinco (5) preguntas con una duración aproximada de treinta (30) minutos.

Instrumentos.

De acuerdo con el objetivo de la segunda parte de este proyecto de investigación, que se centró en el análisis del conocimiento de expertos en cada una de las áreas identificadas, tal y como se mencionó en el marco metodológico, el análisis se basó en un abordaje de orden fenomenológico con la técnica de entrevista semiestructurada. Las entrevistas semiestructuradas realizadas a los expertos en cada enfoque, se incluyeron en la matriz relacionada anteriormente, allí se transcribió toda la información recolectada, Para cada una de las categorías de acuerdo a lo sugerido por el modelo, se presentan las interpretaciones basadas en los consensos y las contradicciones.

RESULTADOS

En cuanto al análisis de la información recolectada para aclarar los vacíos encontrados en cada enfoque, como se mencionó previamente se recurrió al método de análisis del discurso desde una perspectiva fenomenológica, de orden cualitativo, las investigaciones basadas en este método, buscan actores que conozcan a profundidad un concepto, el discurso o el aporte que pueda brindar cada actor está basado en las experiencias vividas por una persona, además de los aspectos individuales y subjetivos, que para este caso reflejan la opinión desde el trabajo que han desempeñado en la

intervención de casos de suicidio. Creswell, (2007). Para realizar el proceso de análisis de cada categoría se llevaron a cabo entrevistas con expertos especializados en el suicidio, ya con las respuestas de cada uno se realizó un análisis de los consensos y disensos versus el abordaje bibliográfico que se realizó, para obtener nuevos interrogantes.

Por lo anterior, se encontró que la literatura según el enfoque con el que se pretenda ahondar que para este caso inició con la psiquiatría, médica y biológica el suicidio ha sido atribuido en su mayoría de veces a enfermedades de salud mental tales como la neurosis, esquizofrenia, depresión, entre otras; además de factores relacionados con lo hereditario, aunque con imprecisiones acerca de comorbilidad con varios de los diagnósticos, aunque en su mayoría lo asocian con trastornos como la esquizofrenia y con trastornos del estado del ánimo, acorde a la clasificación que en cada momento histórico ha tenido el DSM. De acuerdo con lo anterior, se consultó con un experto frente al tema, con el fin de clarificar la información que fue encontrada en la literatura, para lo cual y de acuerdo con el anterior análisis de resultados se encontró para cada enfoque conceptual lo siguiente.

Para la medicina, el acto suicida es atribuido básicamente a enfermedades mentales, además de que, en cuanto a los factores genéticos, tienen gran influencia en las conductas suicidas de una persona, también que en el momento en que una persona sufre de una enfermedad que implica un gran dolor, está por lo general tiende a pensar y aun así llevar a cabo el acto suicida. Es por esto que de acuerdo a lo encontrado en la literatura y en el relato de esta persona se puede decir que si existe concordancia frente a esto.

Por otro lado se encuentra la postura psicoanalítica, para lo cual se basó en las investigaciones emitidas por el autor Sigmund Freud quien afirma que el suicidio es el producto de las tendencias autodestructivas, además de que dicho acto tiene la concepción

de producirle daño a otra persona, también que la persona que lleve a cabo esto, lo hace con el fin de acabar con el sufrimiento por el cual está pasando la persona, por último que este acto se debe a las primeras experiencias del niño además de ser causadas por la religión, cultura, política, entre otras. Por esto se consulta a un experto en materia con el fin de clarificar los vacíos que tiene la literatura frente al suicidio, sin embargo se informa a los lectores que los aportes por dicho experto brinda para esta investigación no están relacionados con la información que se encuentra para este enfoque, es por esto que no se puede llevar a cabo una comparación de la información encontrada, con la que el experto aporta; sin embargo quedan interrogantes por resolver, tales como ¿el suicidio como lo ven los psicoanalistas puede ser comparado con lo social, y lo sistémico? ¿hay influencia de una persona que se suicida para que otros lo hagan?, y demás.

Para la postura neurobiológica / neuropsicológica se encuentra que la literatura explica el suicidio con la conexión que existe entre el funcionamiento biológico del órgano frente al funcionamiento del cerebro de una persona, también acuñan que algunos neurotransmisores permiten que una persona tenga ideaciones suicidas o no y que por esta razón lleve a cabo el acto como tal. Por último, atribuyen este acto en la disminución del colesterol. Por lo anterior es contactado un experto quien contribuye en la aclaración de algunos interrogantes que se presentan para dicha postura, en cuanto a cuánto influye el colesterol de una persona en la toma de decisión de suicidarse, informa esta información no es unitaria, puesto que si existen algunos estudios que contribuyen a este supuesto pero que no es algo que se pueda reiterar o afirmarse, puesto que, el acto suicida no depende solo de los niveles de colesterol sino también de los estados anímicos de la persona y lo que esto conlleva. Por último, y en relación a los componentes neurobiológicos del cerebro, los cuales hacen

que las personas experimentan impulsos incontrolados para suicidarse, informa que para este caso se debe de tener definidos a cuáles componentes se está haciendo referencia pues aquí los neurotransmisores, la amígdala, el hipotálamo, entre otros; juegan un papel fundamental en la persona que corre el riesgo de suicidarse.

Para el segundo objetivo de esta investigación que se basa en identificar los aspectos generales del suicidio partiendo desde sus antecedentes históricos, cultura y creencias, se encontró que existen varios significados de dicho término, como por ejemplo, en la Antigua Grecia, se tenía la percepción de que cuando se llevaba a cabo el suicidio por parte de una personas que pertenecía al ejército, éste era considerado como heroico, a diferencia de cuando lo llevaba a cabo una mujer que había sido infiel, éste acto era repudiado por la sociedad; además de no poder ser enterradas en cementerios cotidianos. Por otro lado, existían momentos en que el gobierno obligaba a las personas (con situaciones especiales) a que realizará dicho acto, por lo anterior eran creados espacios públicos para que las personas en general presenciaran esto.

En el momento en que toma fuerza el pensamiento filosófico dicho término toma una transformación para lo cual éste se le atribuía a dos entes fundamentales; a). El vivir era algo indeseable y b). El suicidio se les atribuía a los dioses. Dicho lo anterior, se abre paso a varios filósofos quienes dan su punto de vista frente a dicho término, para lo cual, la sociedad tenía libre albedrío de aceptar o rechazar estos puntos de vistas. Llegado a este punto, la Religión Católica se pronuncia al respecto; para lo cual se sostiene lo que hoy en día se conoce “Suicidarse es un pecado” (la vida le pertenece a nuestro creador a Dios y quien lleve a cabo el suicidio no tendrá perdón de él).

De acuerdo a los diferentes cambios que ha sufrido éste término y a la influencia que ha tenido la Religión Católica en cuanto a

esto, se buscaron expertos que aclararon algunos vacíos que a lo largo de esta investigación se fueron identificando, como, por ejemplo, ¿En qué momento ha variado la concepción del suicidio? ¿A qué causa se le atribuye? ¿Cuál ha sido la percepción que se ha tenido del suicidio?, entre otros interrogantes, en donde el experto aclara en resumido, que es cierto que este concepto ha variado a lo largo del tiempo, sobre todo para las culturas que anteriormente era aceptado, atribuyéndose a un acto heroico, aceptado y demás; y que hoy en día es reprochado, mal visto y un acto de cobardía, lo anterior el experto lo atribuye básicamente a la transformación e influencia que ha llegado a tener la Religión Católica en sus feligreses, fundamentando que a ellos se le debe el cambio que esta palabra o acto tiene en las personas.

Además de esto, y con fin de que esta investigación tenga un sostenimiento teórico mucho más amplio, se contactó a un sacerdote, quien contribuyó con el desarrollo de este segundo objetivo, por lo cual en resumen se pregunta por los vacíos que se evidencian en la teoría así ¿Con que se equipara el suicidio en la religión? ¿De dónde proviene la concepción de tipo pecaminoso en la religión frente al suicidio? ¿Cuál es la postura de la religión frente a la forma cómo se suicida una persona?, entre otros; para lo cual esta persona se fundamenta en los mandamientos de la iglesia, que llevar a cabo este acto es obrar contra Dios pues afirma que el único ser capaz de quitar la vida de una persona es Dios, que por ninguna razón el ser humano tiene la potestad de llevar a cabo dicho acto, ni siquiera en dolores extremos puesto que, el dolor es un acto que purifica el alma y da fe del sufrimiento que tuvo que padecer Jesucristo en la cruz por la salvación de las personas. y demás justificaciones que son relacionadas en el anexo de esta investigación.

De acuerdo a lo anterior, se concluye que para diferentes culturas llevar a cabo este acto puede ser uno de los pecados más graves,

y para otras puede ser el acto de más heroísmo que puede llegar a cometer una persona, es por esto que se debe tener en cuenta la culturas en la cual se pretende indagar acerca de esta palabra y que si bien, su significado cambia significativamente a lo largo del tiempo, en el contexto histórico y cultural.

Finalmente, y reiterando el punto de partida del análisis de esta discusión, el cual se basó en la teoría de la complejidad, se puede ver la inclusión de alguno de los principios así: a). El Principio Sistemático, el cual es evidente no solo en la construcción de la discusión sino también a lo largo del documento, pues se tuvo en cuenta el conocimiento que se tenía previo a la investigación el cual fue sustentado con el que existe inmerso en la literatura consultada; b) el principio hologramático, puesto que cada uno de los aportes, nociones son complementarias unas de otras; c) Principio del Buque Retroactivo, el cual se puede evidenciar en el momento en que la literatura y expertos coinciden en que la persona que se suicidan, lo hace debido a los efectos de algún inconveniente o situación de su vida personal, en donde a su vez son la causa y productores de aquellas situaciones que producen en sí el suicidio; y así sucesivamente con cada una de los principios destacados por Morín a lo largo de sus investigaciones. Morín citado por Rodríguez y Aguirre (2011)

DISCUSIÓN

Al centrarse en el objetivo principal de esta investigación que se fundamentó en conocer el significado del suicidio a partir de un ejercicio de profundización conceptual, en el que se abordaron aspectos históricos, culturales y científicos, sobre todo para clarificar el concepto, además de identificar vacíos teóricos y dar respuesta a nuevas preguntas; se tiene en cuenta la teoría de Morín, en donde se concibe el movimiento como la forma de existir de la materia y del pensamiento, en pocas palabras es la teoría que permite ver el mundo como un todo, incapaz de detenerse ante el cambio, lo cual permite

que esta investigación tenga una visión amplia que no se sesgue en encontrar una verdad absoluta, ya que como lo afirma Morín en uno de sus escritos “el mundo como un todo está cada vez más presente en cada una de sus partes” Pág. 93 pues permite descubrir la complejidad de lo que realmente es el suicidio y asociar elementos que fueron encontrados a lo largo de esta investigación para complementar la complejidad que trae inmersa la palabra y el opta como tal, finalmente reconocer la dualidad en el seno de la unidad y ver la cohabitación del orden y el desorden en todas las cosas. Morín citado por Pakman (1994) Por lo anterior y teniendo en cuenta los principios de la complejidad, se considera ahora la discusión de los principales hallazgos de este estudio.

De los resultados obtenidos en esta investigación se puede deducir que el término del suicidio a lo largo del tiempo, ha sufrido transformaciones en todos los entes que pretenden investigarla, concibiendo en la afirmación hecha por Morín, la cual es descrita anteriormente, y cuya falta de claridad puede reflejarse en las imprecisiones que se evidencian en los hallazgos recientes. El que más se destaca, corresponde a aquel cuyas revisiones documentales de la definición de este término, incluye, las posturas de “expertos” que han dirigido sus esfuerzos en esta misma dirección, a partir de sus vivencias, experiencias y demás.

REFERENCIAS

- El Espectador, 2015. Editorial: Suicidios. Obtenido de: <http://www.elespectador.com/opinion/editorial/suicidios-articulo-541177>
- Kapur, M. Mullen, J. 2014. ¿Por qué se suicidan los jóvenes en India? Tomado de: <http://cnnespanol.cnn.com/2014/12/12/por-que-se-suicidan-los-jovenes-en-india/>
- Nippon. 2014. La tasa de suicidios en Japón. Información integral sobre Japón. Obtenido de: <http://www.nippon.com/es/features/h00075/>
- Pinzón. A. 2008. Suicidio un problema que aumenta en jóvenes. Revista Universia. Bogota,. Obtenido de: <http://noticias.universia.net.co/vida-universitaria/noticia/2008/10/13/240400/suicidio-problema-aumenta-jovenes.html>
- El Heraldo. 2015. Colombia y el Suicidio, Columnas de Opinión. Obtenido de: <http://www.elheraldo.co/columnas-de-opinion/colombia-y-el-suicidio-205519>
- Tijeras, E. *El suicidio entre la norma y el honor*. Obtenido de <http://gredos.usal.es/jsui/bitstream/10366/23784/3/THIII~N36~P49-59.pdf>
- Freud, S. (1988). *Obras completas: Más allá del principio del placer*. Barcelona: Orbis S.A.
- Garduño, R. Gómez, K, Peña. 2011. Trabajo de investigación: suicidio en adolescentes. Asociación Mexicana de Tanatología. Obtenido de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/27%20Suicidio%20en%20adolescentes.pdf>
- Corsi, P, 2002. Aproximación preliminar al concepto de pulsión de muerte en Freud. Revista chilena de neuro-psiquiatría. Obtenido de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000400008>
- Valderrama, R. 2006, La teoría de Karen Horney. Obtenido de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/746/721/>
- Valderrama, R. 2006, La teoría de Karen Horney. Obtenido de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/746/721/>

Krug, E. Dahlberg, L. Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington: Organización Mundial de la Salud

Brown, G. K., Ten, Th., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E. & Beck, A. T. (2005). Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts A Randomized Controlled Trial. Journal of the American Medical Association, 294, 563-570.

Chavez-Hernandez, A. 2010. *Edwin S Shneidman y la suicidología moderna*. Vol 33 - 4. México. Salud Mental. obtenido en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008

Rivière, A. 1991. Orígenes históricos de la psicología cognitiva: paradigma simbólico y procesamiento de la información. Anuario de Psicología No 51. Pág 129 – 155

Jiménez, N. Hidalgo, J. Camargo, C. Dulce, B. 2011. *Una mirada global frente al intento de suicidio*. Revista unimar primer Semestre. Vol. 58. San Juan de Pasto Colombia. Publicaciones UNIMAR

Valles, G. 2014. Sistemas Psicológicos, Obtenido de: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/403001/Entorno_aprendizaje_practivo/Revista_Sistemas_Psicologicos.pdf

Villatorio, V. Andrade, P. Fleis, B. Medina I. Reyes, L. y Rivera, G. (1999). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Revista: Salud Mental. World Federation for Mental Health. 2010. Enfermedad Mental y Suicidio; guía para la familia para encarar y reducir los riesgos. obtenido de http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/12/WFSAD-164477-Guide-Book_Spanish_.pdf

Bertalanffy, L. 1981. Teoría General de los Sistemas. Obtenido de: <http://suang.com.ar/web/wp-content/uploads/2009/07/tgsbertalanffy.pdf>

Rodríguez, D. y Valledoriola, J. Metodología de la Investigación. obtenido por http://zanadoria.com/syllabi/m1019/mat_cast-nodef/PID_00148556-1.pdf

Latorre, A.; Rincón, D. del; Arnal, J. (2003). Bases metodológicas de la investigación educativa. Barcelona: Ediciones Experiencia.

Creswell. J. 2007. La indagación cualitativa y diseño de la investigación. La elección de los cinco enfoques. Obtenido de: <https://us.sagepub.com/en-us/sam/qualitative-inquiry-and-research-design/book235677>

Gutiérrez, A. 2006, Contreras C; Orozco Rodríguez R; 2006. Salud Mental, Vol. 29

Pakman, M. 1994. Edgar Morín Introducción al pensamiento complejo. Tomado de http://grupal.reletran.org/wp-content/uploads/2013/09/MorinEdgar_Introduccion-al-pensamiento-complejo.pdf Northampton. Marzo

Stracuzzi, S. y Martins, F. 2012. Metodología de la investigación cuantitativa. Editorial FEDUPEL. Caracas.